

**ЦЕНТРАЛЬНЫЙ КОМИТЕТ ПРОФСОЮЗА
РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ОБ ОТДЕЛЬНЫХ АСПЕКТАХ
НОРМАТИВНОЙ ПРАВОВОЙ БАЗЫ,
РЕГЛАМЕНТИРУЮЩЕЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В 2013 ГОДУ**

Москва 2013 г.

В настоящем информационном бюллетене серии «Нормативные и методические документы» приведены основные нормативные правовые акты, регулирующие вопросы организации, механизмы финансового обеспечения оказания медицинской помощи гражданам в 2013 году, изменения в Федеральном законе «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», обзор основных Положений Государственной Программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014-2015 годов, принятые в 2012 году, информационные письма Министерства здравоохранения Российской Федерации и др.

Издание адресовано руководителям, работникам аппарата региональных организаций Профсоюза, занимающимся вопросами защиты экономических, профессиональных и трудовых прав и интересов работников здравоохранения в Российской Федерации.

Составитель информационного бюллетеня: Главный специалист-эксперт отдела экономической работы и оплаты труда аппарата Профсоюза **М.И.Шульгина**.

Ответственный за выпуск: Секретарь ЦК Профсоюза – зав. отделом экономической работы и оплаты труда аппарата Профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации **Т.А.Гончарова**.

Тираж 100 экз.

*К каждому экземпляру прилагается CD диск
(полная версия информационного бюллетеня)*

СОДЕРЖАНИЕ

1. Наш комментарий стр. 5-6
2. Краткий обзор Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» стр. 7-10
3. Краткий обзор Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и плановый период 2014-2015 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 22.10.2012 г. № 1074 стр. 11-15
 - 3.1. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014-2015 годов стр. 16-33
4. Краткий обзор письма Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25.12.2012 г. № 11-9/10/2-5718 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» стр. 34-36
 - 4.1. Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25.12.2012 г. № 11-9/10/2-5718 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» стр. 37-66
5. Краткий обзор Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2012 г. № 1355н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» стр. 67-68

- 5.1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2012 г. № 1355н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» стр. 69-80
6. Краткий обзор постановления Правительства Российской Федерации от 12.11.2012 г. № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности» стр. 81-82
- 6.1. Постановление Правительства Российской Федерации от 12.11.2012 г. № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности» стр. 83-90
7. Краткий обзор «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006 стр. 91-93
- 7.1. Постановление Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» стр. 94-101
8. Краткий обзор Федерального закона (ФЗ) от 01.12.2012 № 213-ФЗ «О внесении изменений в ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ) стр. 102
- 8.1. Федеральный закон от 01.12.2012 г. № 213-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» стр. 103-109
9. Краткий обзор постановления Правительства Российской Федерации от 30.03.2013 года № 286 «О формировании независимой оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги» стр. 110
- 9.1. Постановление Правительства Российской Федерации от 30.03.2013 г. № 286 «О формировании независимой системы оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги» стр. 111-113

Наш комментарий

В 2012 году продолжалось формирование правовой базы функционирования здравоохранения в рамках реализации федеральных законов от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и от 21.11.2011 г. № 326-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», были приняты нормативные правовые акты, определяющие дальнейшее развитие здравоохранения, регламентирующие вопросы организации и финансового обеспечения оказания медицинской помощи, кадровой политики, реформирования отрасли, этапы реализации Программ. Все проводимые мероприятия направлены на решение одной из важнейших стратегических задач – повышение качества и доступности медицинской помощи для населения Российской Федерации. Необходимо отметить, что изменения в сфере здравоохранения в значительной степени затрагивают трудовые, профессиональные и экономические интересы работников.

В данном информационном сборнике подробно освещаются положения утвержденной Правительством Российской Федерации Программы госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов. Особое внимание обращается на вопросы ее формирования и экономического обоснования, нашедшие отражение в письме Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25.12.2012 г. № 11-9/10/2-5718 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов».

Указанные вопросы представляют интерес для организаций Профсоюза всех уровней, т.к. они формируют основу определения объемов оказываемой учреждениями медицинской помощи, финансового обеспечения деятельности учреждений, что определяет не только доступность и качество медицинской помощи, оказываемой населению, но и условия обеспечения профессиональных, трудовых и социально-экономических прав и интересов работников учреждений здравоохранения.

Актуальной представляется информация по освещению основных положений Программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», которая рассматривается в качестве основного инструмента реализации государственной политики в сфере здравоохранения.

Интерес представляет информация о новых правилах предоставления платных медицинских услуг, которые вступили в силу с 1 января 2013 года. Правовое регулирование данного вопроса позволит разграничить порядок и условия предоставления платных и бесплатных услуг, оказываемых в рамках программы госгарантий оказания медпомощи населению РФ. Кроме того, для государственных и муниципальных медучреждений оказание платных услуг дает возможность получения дополнительных средств в новых условиях

одноканального финансирования, повышения уровня материальной обеспеченности медицинских работников, улучшения условий их труда.

Следует обратить внимание, что нормативным правовым документам, опубликованным в данном сборнике, предшествует их краткий обзор, подготовленный отделом экономической работы и оплаты труда аппарата Профсоюза, направленный на привлечение внимания профсоюзных кадров и профактива к отдельным позициям, представляющимся наиболее важными при решении вопросов защиты профессиональных и трудовых прав работников.

*Заместитель Председателя Профсоюза
Г.А. Щербаков*

Краткий обзор Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (распоряжение Правительства РФ от 24.12.2012 г. № 2511-р)

Государственная Программа «Развитие здравоохранения» подготовлена Министерством здравоохранения Российской Федерации и рассматривается в качестве основного инструмента реализации государственной политики в сфере здравоохранения – создания условий для повышения качества и доступности медицинской помощи гражданам России.

Основой для формирования подпрограмм и мероприятий, изложенных в Программе, послужили подробный анализ, проведенный при реализации *приоритетного национального проекта «Здоровье» и Программы модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации*, обобщение положительного опыта, накопленного за время реализации этих крупномасштабных проектов.

Реализация Программы запланирована **в два этапа:**

Первый этап (с 2013 по 2015 год) посвящен завершению системных преобразований, заложенных в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:

- обеспечению сбалансированности системы обязательного медицинского страхования (ОМС) на основе утвержденных и единых для страны Порядков и стандартов медицинской помощи, полного финансового наполнения тарифа;
- обеспечению сбалансированности Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, в том числе нестраховой, оказываемой при социально-обусловленных заболеваниях;
- совершенствованию трехуровневой системы оказания медицинской помощи в каждом субъекте Российской Федерации, внедрению единой электронной медицинской карты, а также развитию открытой конкурентной среды среди медицинских организаций разной формы собственности и организационно-правовой формы за работу в системе ОМС;
- реализации пилотных проектов лекарственного страхования;
- повышению квалификации медицинского персонала и обеспечению отрасли достаточным количеством врачей, средних и младших медицинских работников, оптимизации распределения рабочих мест в соответствии с потребностями системы оказания медицинской помощи;
- инновационному развитию отрасли, основанному на создании научно-образовательных кластеров вокруг ведущих медицинских университетов, формировании системы доклинической и

клинической трансляционной медицины, совершенствовании деятельности федеральных научных медицинских центров.

Второй этап (2016-2020 годы) является развитием первого и посвящен наращиванию качественного потенциала здравоохранения на основе оптимизированной организационной модели и сохранения финансовой сбалансированности государственных гарантий:

- актуализации порядков и стандартов медицинской помощи с расширением перечней лекарств и медицинских изделий, гарантированных государством;
- внедрению инновационных медицинских продуктов и технологий;
- внедрение электронной системы управления качеством медицинской помощи;
- обязательной аккредитации медицинских работников;
- реализации стратегии лекарственного обеспечения населения.

Программа развития здравоохранения включает в себя **11 подпрограмм:**

- 1) «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи»;
- 2) «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в т.ч. скорой специализированной медицинской помощи, медицинской эвакуации»;
- 3) «Развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины»;
- 4) «Охрана здоровья матери и ребенка»;
- 5) «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в т.ч. детям»;
- 6) «Оказание паллиативной помощи, в т.ч. детям»;
- 7) «Кадровое обеспечение системы здравоохранения»;
- 8) «Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья»;
- 9) «Экспертиза и контрольно-надзорные функции в сфере охраны здоровья»;
- 10) «Медико-санитарное обеспечение отдельных категорий граждан»;
- 11) «Управление развитием отрасли»

Каждая подпрограмма имеет паспорт с указанием ответственного исполнителя и участников, предполагаемых программно-целевых инструментов, целей и задач, целевых индикаторов и показателей, этапов и сроков реализации, объемов бюджетных ассигнований и ожидаемых результатов.

Ожидаемыми результатами реализации Программы должны стать:

- 1) снижение смертности от всех причин до 11,4 случаев на 1000 населения;
- 2) снижение материнской смертности до 15,5 случаев на 100 тыс. родившихся живыми;
- 3) снижение младенческой смертности до 6,4 случаев на 1000 родившихся живыми;

4) снижение смертности от болезней системы кровообращения до 622,4 случаев на 100 тыс. населения;

5) снижение смертности от дорожно–транспортных происшествий до 10,0 случаев на 100 тыс. населения;

6) снижение смертности от новообразований (в том числе от злокачественных) до 190,0 случаев на 100 тыс. населения;

7) снижение потребления алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) до 10,0 литров на душу населения в год;

8) снижение смертности от туберкулеза до 11,2 случаев на 100 тыс. населения и заболеваемости от него до 35,0 случаев на 100 тыс. населения;

9) снижение распространенности потребления табака среди взрослого населения до 25%, среди детей и подростков до 15%;

10) увеличение обеспеченности врачами до 44,8 на 10 тыс. населения;

11) соотношение врачей и среднего медперсонала 1:3;

12) повышение средней зарплаты врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское образование (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг) до 200 % от средней заработной платы в соответствующем регионе;

13) повышение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала до 100% от средней заработной платы в соответствующем регионе;

14) повышение средней заработной платы младшего медицинского персонала до 100% от средней заработной платы в соответствующем регионе;

15) увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 74,3 лет.

На данную программу планируется потратить порядка 33 триллионов рублей.

Согласно Программе предполагается провести существенную оптимизацию **финансовой модели здравоохранения в Российской Федерации**, в первую очередь, оптимизацию расходов и повышение эффективности систем, приближение к одноканальной системе ОМС.

Это предполагает:

1) оптимизацию логистики системы медицинской помощи (увеличение объема медицинской помощи, оказываемой в первичном звене до 60%);

2) развитие государственно-частного партнерства в амбулаторном звене, используя ресурс ОМС;

3) совершенствование тарифной политики: подушевой тариф в первичном звене, внедрение стимулирующих составляющих тарифа, в зависимости от групп здоровья;

4) информатизация здравоохранения – введение электронной системы управления качеством в стационарном звене.

Финансирование мероприятий всех подпрограмм осуществляется за счет средств федерального бюджета и средств бюджетов субъектов Российской Федерации, бюджетов государственных внебюджетных фондов. Ресурсное

обеспечение реализации государственной программы за счет средств федерального бюджета подлежит ежегодному уточнению в рамках бюджетного цикла.

Обзор подпрограммы 7 **«Кадровое обеспечение системы здравоохранения»**, представляющий интерес для профсоюзных организаций всех уровней, опубликован в журнале Центрального Комитета профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации «Профсоюзная тема № 2 (84) за 2013 год».

*Отдел экономической работы
и оплаты труда аппарата Профсоюза*

Краткий обзор Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и плановый период 2014-2015 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 22.10.2012 г. № 1074

В соответствии с федеральными законами от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» государственные гарантии граждан на получение бесплатной медицинской помощи регламентируются Правительством Российской Федерации.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 22 октября 2012 года № 1074 утверждена *Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014-2015 годов.*

Целью принятого нормативного акта является обеспечение конституционных прав граждан России на бесплатную медицинскую помощь за счет ассигнований бюджетной системы Российской Федерации.

Следует отметить, что впервые Программа составлена сроком *на три года*, что предусмотрено Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и содержит ряд *принципиальных изменений* по сравнению с предыдущими программами госгарантий бесплатного оказания медпомощи.

Главное отличие от предыдущих программ состоит в том, что с 2013 года медицинские учреждения переходят *преимущественно на одноканальное финансирование из средств обязательного медицинского страхования.* Кроме того, источниками финансового обеспечения Программы являются средства федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ, местных бюджетов (в случае передачи органами государственной власти субъектов РФ соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления).

Предусматривается расширение видов медицинской помощи и расходов лечебно-профилактических учреждений за счет средств обязательного медицинского страхования. В рамках базовой программы ОМС предусмотрено предоставление *первичной медико-санитарной помощи*, в т.ч. доврачебной, врачебной и специализированной, включая мероприятия по *профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни*, проведение *медицинской реабилитации*, оказание *специализированной помощи*, в т.ч. *высокотехнологичной* медицинской помощи (с 2015 года), *скорой медицинской помощи.*

Из федерального бюджета будут финансироваться федеральные государственные учреждения, за исключением видов медицинской помощи, включенных в Программу ОМС, оказание высокотехнологичной медицинской помощи в субъектах Российской Федерации (до 1 января 2015 года).

За счет средств бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации будет осуществляться финансовое обеспечение:

- скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи - в части медпомощи, не включенной в территориальную программу ОМС, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в территориальных программах ОМС;

- первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи при заболеваниях, не включенных в базовую программу ОМС (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекция и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства, расстройства поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ, включая профилактические осмотры несовершеннолетних в целях раннего выявления немедицинского потребления наркотических и психотропных веществ), а также части расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в территориальных программах ОМС;

- паллиативной медпомощи в медицинских организациях;

- деятельности иных организаций здравоохранения, предусмотренных номенклатурой учреждений здравоохранения, не участвующих в реализации программы ОМС;

- оплаты капитального ремонта, приобретения оборудования стоимостью свыше 100 тыс.рублей;

- лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан при амбулаторном лечении;

- высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях субъектов РФ, правила финансового обеспечения которой определяются высшим исполнительным органом государственной власти субъекта РФ (с 1 января 2015 г.).

Данная Программа, помимо перечня видов, форм и условий оказываемой бесплатно медицинской помощи, включает также перечень заболеваний и состояний, оказание медпомощи при которых осуществляется бесплатно, средние нормативы объема медпомощи и финансовых затрат на них, средние подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, а также требования к территориальным программам госгарантий бесплатного оказания гражданам медпомощи в части определения порядка, условий предоставления помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи.

Программа госгарантий сформирована с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе принятых стандартов, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения субъектов Российской Федерации, основанных на

данных статистики, а также климатические и географические особенности региона и транспортная доступность медицинских организаций.

С учетом этого, Программой государственных гарантий установлены **средние** нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования.

В случае невозможности установления территориальных нормативов, соответствующих установленным Программой госгарантий, возможно установление территориальных нормативов в соответствии со спецификой региона.

В документе содержится ряд **новых положений в части нормативов финансовых затрат** на обеспечение медицинской помощи и ее объемов:

- **средние подушевые нормативы финансирования**, предусмотренные Программой (без учета расходов федерального бюджета) **возросли** и составляют в 2013 году 9032,5 рубля (на 1399,1 рубля больше, чем в 2012 году), в 2014 году- 10294,4 руб., в 2015 году-12096,7 руб., в т.ч. за счет средств ОМС на финансирование базовой программы за счет субвенций Федерального фонда ОМС в 2013 году- 5942,5 руб., в 2014 году- 6962,5 руб., в 2015 году - 8481,5 руб.;

- основной акцент сделан **на оказание амбулаторной помощи и развитие профилактической медицины**, поэтому существенно **снижен средний норматив стационарной помощи**: с 2,78 койко-дня на одного жителя в 2012 году до 2,35 койко-дня в 2015 году, в рамках базовой программы ОМС – с 1,894 до 1,59 соответственно. Это должно привести к структурным преобразованиям в системе оказания медицинской помощи как за счет переноса объемов стационарной помощи на амбулаторный этап (поликлиники, дневные стационары), так и сокращения избыточного коечного фонда, развитие стационарзамещающих технологий, создание дневных стационаров. Так, число пациенто-дней в дневных стационарах увеличивается с 0,59 в 2012 году до 0,71 в 2015 году, в рамках базовой программы ОМС – 0,49 до 0,59 соответственно;

- дифференцируются **средние нормативы объемов медицинской помощи на основе введения новых показателей** – посещения с профилактическими и иными целями, включая посещение центров здоровья, в связи с диспансеризацией, с целью проведения паллиативного лечения, в связи с необходимостью оказания неотложной медицинской помощи и др. Это дает возможность запланировать рост объемов тех конкретных видов помощи, развитие которых является приоритетным (профилактические мероприятия, паллиативная помощь, медпомощь в амбулаторных условиях). Вместе с тем, рост числа посещений по неотложной медицинской помощи (с 0,36 в 2013 году до 0,6 в 2015 году) происходит при сохранении неизменным норматива объема скорой помощи (0,318 вызова на весь период 2013-2015 годов).

- **приведена новая классификация рекомендуемых способов оплаты медицинской помощи** (из утвержденного на 2012 год перечня исключены неэффективные способы, например, оплата по среднепрофильному койко-дню),

что позволяет конкретизировать требования к территориальным программам ОМС в отношении выбора, ориентированного на результат способа оплаты.

Следует отметить, что Программа госгарантий постоянно расширяется и дополняется мероприятиями по оказанию адресной помощи каждой категории граждан. В принятой Программе предусмотрено, что при оказании первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и при неотложных состояниях, паллиативной помощи в стационарах, специализированной, скорой помощи граждане обеспечиваются лекарствами из списка жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом «Об обращении лекарственных средств» и медицинскими изделиями, которые предусмотрены стандартами медицинской помощи.

Также в рамках базовой программы ОМС осуществляется финансирование мероприятий по диспансеризации отдельных категорий граждан, применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпоральное оплодотворение), включая лекарственное обеспечение в соответствии с законодательством, а также проведение медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях.

На основе Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации утверждены территориальные программы госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в регионах на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов.

В случае установления иного значения норматива, чем значение, предусмотренное документом, норматив, установленный территориальной программой госгарантий, обосновывается конкретными факторами – уровнем заболеваемости населения, демографическими особенностями региона, уровнем территориальной доступности бюджетных услуг (плотность транспортных путей постоянного действия, расселение и проживание жителей в труднодоступных, горных районах, районах с ограниченными сроками завоза груза, доля населения, проживающего в мелких населенных пунктах) и др.

Следует отметить, что с учетом Программы, принятой Правительством Российской Федерации, территориальные программы **должны содержать новые положения**, включающие:

- **право выбора** пациентом врача, в том числе врача общей практики и лечащего врача;
- перечень мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни;
- перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы;
- **сроки ожидания** помощи, оказываемой в плановом порядке, в т.ч. стационарной и проведения диагностических обследований, а также консультаций врачей-специалистов;

- **условия пребывания** при оказании медицинской помощи в стационарах, включая предоставление спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, или законного представителя в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста 4-х лет; условия размещения пациентов в маломестных палатах (боксах) по медицинским и (или) эпидемическим показаниям, установленным Минздравом России;

- **порядок предоставления транспортных услуг** при сопровождении медработником пациента при отсутствии возможности проведения диагностических исследований медицинской организаций, оказывающей помощь пациенту; условия и сроки диспансеризации населения для отдельных категорий населения, включая подростков и студентов, обучающихся очно на бюджетной основе и др.

В соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной Программой ОМС субъекта РФ, в котором застрахованным лицам выдан полис ОМС, включают в себя объемы предоставления медицинской помощи данным лицам за пределами этого субъекта РФ.

При этом **объемы медицинской помощи**, оказанной застрахованным лицам, получившим полис за пределами субъекта РФ, **не учитываются** при формировании территориальной программы ОМС. Порядок осуществления расчетов за медицинскую помощь при этом определяется правилами ОМС.

Также следует обратить внимание, что критериями доступности и качества медицинской помощи являются **обеспеченность населения врачами** (на 10 тыс. человек населения), в том числе оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях, и **эффективность деятельности медицинских организаций на основе оценки выполнения функции врачебной должности, показателей рационального и целевого использования коечного фонда**.

Обращаем внимание, что **тарифы на оплату медицинской помощи** по обязательному медицинскому страхованию **устанавливаются соглашением** между **уполномоченным государственным органом субъекта Российской Федерации, территориальным фондом обязательного медицинского страхования**, представителями страховых медицинских организаций, профессиональных медицинских ассоциаций, **профессиональных союзов медицинских работников** и формируются в соответствии с принятыми в территориальной программе ОМС способами оплаты медицинской помощи.

**Отдел экономической работы
и оплаты труда аппарата Профсоюза**

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 22 октября 2012 г. № 1074
МОСКВА

О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов

В целях обеспечения конституционных прав граждан Российской Федерации на бесплатное оказание медицинской помощи Правительство Российской Федерации **п о с т а н о в л я е т** :

1. Утвердить прилагаемую Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов.

2. Министерству здравоохранения Российской Федерации:

а) внести в установленном порядке в Правительство Российской Федерации:

до 1 июля 2013 г. - доклад о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год;

до 15 сентября 2013 г. - проект программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов;

б) давать разъяснения по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов, в том числе совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования - в части, касающейся формирования и экономического обоснования территориальных программ обязательного медицинского страхования на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов;

в) привести свои нормативные правовые акты в соответствие с настоящим постановлением.

3. Рекомендовать органам государственной власти субъектов Российской Федерации утвердить до 25 декабря 2012 г. территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов.

Председатель Правительства
Российской Федерации

Д.МЕДВЕДЕВ

УТВЕРЖДЕНА
постановлением Правительства
Российской Федерации
от 22 октября 2012 г. № 1074

ПРОГРАММА

государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов

I. Общие положения

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов (далее - Программа) устанавливает перечень видов, форм и условий оказываемой бесплатно медицинской помощи, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, а также требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи.

Программа формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики.

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с Программой разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов, включая территориальные программы обязательного медицинского страхования, установленные в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании (далее - территориальная программа).

В рамках территориальной программы за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и средств обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение оказания медицинской помощи гражданам при постановке их на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по

контракту, поступлении в военные образовательные учреждения профессионального образования и призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу, за исключением медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной службе.

II. Виды, условия и формы оказания медицинской помощи

В рамках Программы бесплатно предоставляются:

первичная медико-санитарная помощь, в том числе доврачебная, врачебная и специализированная;

специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;

скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;

паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях.

Понятие "медицинская организация" используется в Программе в значении, определенном в федеральных законах "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается бесплатно в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами).

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается бесплатно в стационарных условиях и в условиях дневного стационара врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Высокотехнологичная медицинская помощь является частью специализированной медицинской помощи и включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

Высокотехнологичная медицинская помощь оказывается медицинскими организациями в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, утверждаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения оказывается гражданам бесплатно.

При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, представляющая собой транспортировку граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий).

Медицинская эвакуация осуществляется выездными бригадами скорой медицинской помощи с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.

Паллиативная медицинская помощь оказывается бесплатно в амбулаторных и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи, и представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.

Медицинская помощь оказывается в следующих формах:

экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;

плановая - медицинская помощь, которая оказывается при проведении

профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

При оказании в рамках Программы первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом "Об обращении лекарственных средств", и медицинскими изделиями, которые предусмотрены стандартами медицинской помощи.

III. Требования к территориальной программе в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи

Территориальная программа, включая территориальную программу обязательного медицинского страхования, в части определения порядка и условий оказания медицинской помощи должна включать:

условия реализации установленного законодательством Российской Федерации права на выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача (с учетом согласия врача);

порядок реализации установленного законодательством Российской Федерации права внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в медицинских организациях, находящихся на территории субъекта Российской Федерации;

порядок обеспечения граждан лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, донорской кровью и ее компонентами, лечебным питанием, в том числе специализированными продуктами лечебного питания, по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи с учетом видов, условий и форм оказания медицинской помощи;

перечень мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, осуществляемых в рамках территориальной программы;

перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы, в том числе территориальной программы обязательного медицинского страхования;

сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, в том числе сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных

условиях, проведения отдельных диагностических обследований, а также консультаций врачей-специалистов;

условия пребывания в медицинских организациях при оказании медицинской помощи в стационарных условиях, включая предоставление спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста - при наличии медицинских показаний;

условия размещения пациентов в маломестных палатах (боксах) по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям, установленным Министерством здравоохранения Российской Федерации;

порядок предоставления транспортных услуг при сопровождении медицинским работником пациента, находящегося на лечении в стационарных условиях, в целях выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи в случае необходимости проведения такому пациенту диагностических исследований - при отсутствии возможности их проведения медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь пациенту;

условия и сроки диспансеризации населения для отдельных категорий населения, включая подростков и студентов, обучающихся по очной форме на бюджетной основе;

целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы.

При формировании территориальной программы учитываются:

порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи;

особенности половозрастного состава населения субъекта Российской Федерации;

уровень и структура заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, основанные на данных медицинской статистики;

климатические и географические особенности региона и транспортная доступность медицинских организаций;

сбалансированность объема медицинской помощи и ее финансового обеспечения, в том числе уплата страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.

IV. Источники финансового обеспечения оказания медицинской помощи

Источниками финансового обеспечения Программы являются средства федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации, местных бюджетов (в случае передачи органами государственной власти субъектов

Российской Федерации соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления), средства обязательного медицинского страхования.

В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи в 2013 и 2014 годах) в следующих страховых случаях:

инфекционные и паразитарные болезни, за исключением болезней, передающихся половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита;

новообразования;

болезни эндокринной системы;

расстройства питания и нарушения обмена веществ;

болезни нервной системы;

болезни крови, кроветворных органов;

отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;

болезни глаза и его придаточного аппарата;

болезни уха и сосцевидного отростка;

болезни системы кровообращения;

болезни органов дыхания;

болезни органов пищеварения;

болезни мочеполовой системы;

болезни кожи и подкожной клетчатки;

болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;

травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;

врожденные аномалии (пороки развития);

деформации и хромосомные нарушения;

беременность, роды, послеродовой период и аборты;

отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

В рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение мероприятий по диспансеризации отдельных категорий граждан, применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая лекарственное обеспечение в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях.

Страховое обеспечение в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования устанавливается исходя из стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи, установленных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

В составе территориальной программы обязательного медицинского страхования устанавливаются нормативы объема предоставления медицинской

помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо и норматив финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо.

При установлении территориальной программой обязательного медицинского страхования перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования территориальная программа обязательного медицинского страхования должна включать в себя также значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, значение норматива финансового обеспечения в расчете на одно застрахованное лицо, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, условия оказания медицинской помощи в таких медицинских организациях.

За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета осуществляется финансовое обеспечение:

скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями (в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в базовой программе обязательного медицинского страхования);

медицинской эвакуации, осуществляемой федеральными медицинскими организациями по перечню, утверждаемому Министерством здравоохранения Российской Федерации;

скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями, подведомственными Федеральному медико-биологическому агентству, населению закрытых административно-территориальных образований, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень, работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда (в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в базовой программе обязательного медицинского страхования);

специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук, за исключением медицинской помощи, осуществляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования (до 1 января 2015 г.);

высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, утверждаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации в порядке, устанавливаемом Правительством Российской Федерации, в том числе путем предоставления субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации (до 1 января 2015 г.);

предусмотренной федеральными законами для определенных категорий граждан медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук;

дополнительных мероприятий, установленных в соответствии с законодательством Российской Федерации;

лечения граждан Российской Федерации за пределами территории Российской Федерации, направленных в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации;

санаторно-курортного лечения отдельных категорий граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации;

закупки лекарственных препаратов, предназначенных для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей по перечню заболеваний, утверждаемому Правительством Российской Федерации, гемофилией, муковисцидозом, гипопизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, по перечню лекарственных препаратов, утверждаемому Правительством Российской Федерации (в 2013 году).

За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета осуществляется финансовое обеспечение предоставления в установленном порядке бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура в 2014 и 2015 годах субвенций на обеспечение лекарственными препаратами, предназначенными для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей по перечню заболеваний, утверждаемому Правительством Российской Федерации, гемофилией, муковисцидозом, гипопизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, по перечню лекарственных препаратов, утверждаемому Правительством Российской Федерации.

За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета осуществляется финансовое обеспечение предоставления в установленном порядке бюджетам

субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура субвенций на оказание государственной социальной помощи отдельным категориям граждан в виде набора социальных услуг в части обеспечения необходимыми лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов.

При оказании в 2013 и 2014 годах медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук, при заболеваниях и состояниях, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета осуществляется финансовое обеспечение медицинской помощи в объеме, превышающем объемы медицинской помощи, установленные решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

За счет средств бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации осуществляется финансовое обеспечение:

скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи - в части медицинской помощи, не включенной в территориальную программу обязательного медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в территориальных программах обязательного медицинского страхования;

первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в части медицинской помощи при заболеваниях, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекция и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ, включая профилактические осмотры несовершеннолетних в целях раннего (своевременного) выявления немедицинского потребления наркотических и психотропных веществ), а также в части расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в территориальных программах обязательного медицинского страхования;

паллиативной медицинской помощи в медицинских организациях;

высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях субъектов Российской Федерации, правила финансового обеспечения которой определяются высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации (до 1 января 2015 г.).

За счет средств бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации осуществляется:

обеспечение граждан зарегистрированными в установленном порядке на территории Российской Федерации лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или его инвалидности;

обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, с учетом лекарственных препаратов, предусмотренных перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, утвержденным Правительством Российской Федерации;

обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой.

За счет средств местных бюджетов может предоставляться предусмотренная Программой медицинская помощь в медицинских организациях муниципальной системы здравоохранения в случае передачи органами государственной власти субъектов Российской Федерации соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления.

Кроме того, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов (в случае передачи органами государственной власти субъектов Российской Федерации соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления) в установленном порядке оказывается медицинская помощь и предоставляются иные государственные и муниципальные услуги (работы) в федеральных медицинских организациях, медицинских организациях субъектов Российской Федерации и муниципальных медицинских организациях соответственно, за исключением видов медицинской помощи, оказываемой за счет средств обязательного медицинского страхования, в лепрозориях, центрах по профилактике и борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита и инфекционными заболеваниями, врачебно-физкультурных диспансерах, центрах планирования семьи и репродукции, центрах охраны репродуктивного здоровья подростков, центрах медицинской профилактики (за исключением первичной медико-санитарной помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования), центрах профессиональной патологии, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомических бюро, медицинских информационно-аналитических центрах, бюро медицинской статистики, на станциях переливания крови, в центрах крови, домах ребенка, включая специализированные, молочных кухнях и прочих медицинских учреждениях, входящих в номенклатуру учреждений здравоохранения, утвержденную Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Выравнивание финансовых условий реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования, а также стимулирование эффективности реализации территориальных программ осуществляются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

V. Средние нормативы объема медицинской помощи

Средние нормативы объема медицинской помощи по ее видам в целом по Программе рассчитываются в единицах объема на 1 жителя в год, по базовой программе обязательного медицинского страхования - на 1 застрахованное лицо. Средние нормативы объема медицинской помощи используются в целях планирования и финансово-экономического обоснования размера средних подушевых нормативов финансового обеспечения, предусмотренных Программой, и составляют:

для скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию, на 2013 - 2015 годы - 0,318 вызова на 1 жителя;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической целью (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), на 2013 год - 2,44 посещения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 2,04 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2014 год - 2,64 посещения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 2,24 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2015 год - 2,7 посещения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 2,3 посещения на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями, на 2013 год - 2,1 обращения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 1,9 обращения на 1 застрахованное лицо, на 2014 год - 2,15 обращения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 1,95 обращения на 1 застрахованное лицо, на 2015 год - 2,2 обращения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 2 обращения на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2013 год - 0,36 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2014 год - 0,46 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2015 год - 0,6 посещения на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в условиях дневных стационаров на 2013 год - 0,63 пациенто-дня на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 0,52 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо, 2014 год - 0,665 пациенто-дня на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 0,55 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо, на 2015 год - 0,71 пациенто-дня на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 0,59 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в стационарных условиях на 2013 год - 2,558 койко-дня на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 1,74 койко-дня на 1 застрахованное лицо, на 2014

год - 2,463 койко-дня на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 1,66 койко-дня на 1 застрахованное лицо, на 2015 год - 2,35 койко-дня на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 1,59 койко-дня на 1 застрахованное лицо;

для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях на 2013 год - 0,077 койко-дня на 1 жителя, на 2014 год - 0,092 койко-дня на 1 жителя, на 2015 год - 0,112 койко-дня на 1 жителя.

Объем медицинской помощи, оказываемой не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию гражданам Российской Федерации при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования), включается в средние нормативы объема амбулаторной и стационарной медицинской помощи и обеспечивается за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации и местных бюджетов (в случае передачи органами государственной власти субъектов Российской Федерации соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления).

VI. Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, способы оплаты медицинской помощи, порядок формирования и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для целей формирования территориальных программ на 2013 год составляют:

на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования - 1435,6 рубля;

на 1 посещение с профилактической целью при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов (далее - соответствующие бюджеты) - 271 рубль, за счет средств обязательного медицинского страхования - 266,3 рубля;

на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств соответствующих бюджетов - 771,8 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования - 772,3 рубля;

на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования - 340,9 рубля;

на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров за счет средств соответствующих бюджетов - 508,3 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования (без учета применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения)) - 570 рублей;

на 1 случай применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) за счет средств обязательного медицинского страхования - 106253,9 рубля;

на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств соответствующих бюджетов - 1657 рублей, за счет средств обязательного медицинского страхования - 1756,2 рубля;

на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая больницы сестринского ухода), за счет средств соответствующих бюджетов - 1537,1 рубля.

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Программой, на 2014 и 2015 годы составляют:

на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования 1507,4 рубля на 2014 год, 1582,8 рубля на 2015 год;

на 1 посещение с профилактической целью при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств соответствующих бюджетов 360 рублей на 2014 год, 448,9 рубля на 2015 год, за счет средств обязательного медицинского страхования 318,4 рубля на 2014 год, 348,4 рубля на 2015 год;

на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств соответствующих бюджетов 1044 рубля на 2014 год, 1256,9 рубля на 2015 год, за счет средств обязательного медицинского страхования 923,4 рубля на 2014 год, 1010,3 рубля на 2015 год;

на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования 407,6 рубля на 2014 год, 445,9 рубля на 2015 год;

на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров за счет средств соответствующих бюджетов 559,4 рубля на 2014 год, 610,5 рубля на 2015 год, за счет средств обязательного медицинского страхования (без учета применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения)) 590 рублей на 2014 год, 620 рублей на 2015 год;

на 1 случай применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) за счет средств обязательного медицинского страхования 113109 рублей на 2014 год, 119964,1 рубля на 2015 год;

на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных

подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств соответствующих бюджетов 1714,8 рубля на 2014 год, 2231,1 рубля на 2015 год, за счет средств обязательного медицинского страхования 2034,2 рубля на 2014 год, 2428,8 рубля на 2015 год;

на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая больницы сестринского ухода), за счет средств соответствующих бюджетов 1654,3 рубля на 2014 год, 2137 рублей на 2015 год.

Порядок формирования и структура тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, устанавливаются в соответствии с Федеральным законом "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

Средние подушевые нормативы финансирования устанавливаются органом государственной власти субъекта Российской Федерации исходя из нормативов, предусмотренных разделом V Программы и настоящим разделом, с учетом соответствующих районных коэффициентов.

Средние подушевые нормативы финансирования, предусмотренные Программой (без учета расходов федерального бюджета), составляют:

в 2013 году - 9032,5 рубля, в 2014 году - 10294,4 рубля, в 2015 году - 12096,7 рубля, в том числе за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование базовой программы обязательного медицинского страхования за счет субвенций Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2013 году - 5942,5 рубля, в 2014 году - 6962,5 рубля, в 2015 году - 8481,5 рубля.

Норматив финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования может превышать установленный базовой программой обязательного медицинского страхования норматив финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования в случае установления органом государственной власти субъекта Российской Федерации дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, а также в случае установления перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования. Финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования в указанных случаях осуществляется за счет платежей субъектов Российской Федерации, уплачиваемых в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования, в размере разницы между нормативом финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования и нормативом финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования с учетом численности застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации.

Стоимость утвержденной территориальной программы обязательного медицинского страхования не может превышать размер бюджетных ассигнований на реализацию территориальной программы обязательного медицинского страхования, установленный законом субъекта Российской Федерации о бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливаются соглашением между уполномоченным государственным органом субъекта Российской Федерации, территориальным фондом обязательного медицинского страхования, представителями страховых медицинских организаций, профессиональных медицинских ассоциаций, профессиональных союзов медицинских работников и формируются в соответствии с принятыми в территориальной программе обязательного медицинского страхования способами оплаты медицинской помощи.

При реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях;

при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

за законченный случай лечения заболевания;

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, - за законченный случай лечения заболевания;

при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

по подушевому нормативу финансирования;

за вызов скорой медицинской помощи;

по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

VII. Критерии доступности и качества медицинской помощи

- Критериями доступности и качества медицинской помощи являются:
- удовлетворенность населения медицинской помощью (процентов от числа опрошенных);
 - смертность населения (число умерших на 1000 человек населения);
 - смертность населения от болезней системы кровообращения (число умерших от болезней системы кровообращения на 100 тыс. человек населения);
 - смертность населения от новообразований, в том числе от злокачественных (число умерших от новообразований, в том числе от злокачественных, на 100 тыс. человек населения);
 - смертность населения от дорожно-транспортных происшествий (число умерших от дорожно-транспортных происшествий на 100 тыс. человек населения);
 - смертность населения от туберкулеза (случаев на 100 тыс. человек населения);
 - смертность населения в трудоспособном возрасте (число умерших в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения);
 - смертность населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения (число умерших от болезней системы кровообращения в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения);
 - материнская смертность (на 100 тыс. родившихся живыми);
 - младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми);
 - смертность детей в возрасте 0 - 14 лет (на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста);
 - удельный вес больных злокачественными новообразованиями, выявленных на ранних стадиях, в общем количестве впервые выявленных больных злокачественными новообразованиями;
 - количество обоснованных жалоб, в том числе на отказ в оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной программы;
 - количество медицинских организаций, осуществляющих автоматизированную запись на прием к врачу с использованием информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" и информационно-справочных сенсорных терминалов;
 - обеспеченность населения врачами (на 10 тыс. человек населения), в том числе оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях;
 - средняя длительность лечения в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях;
 - эффективность деятельности медицинских организаций на основе оценки выполнения функции врачебной должности, показателей рационального и целевого использования коечного фонда;
 - полнота охвата патронажем детей первого года жизни;
 - полнота охвата профилактическими осмотрами детей;
 - удельный вес детей, снятых с диспансерного наблюдения по

выздоровлению, в общем числе детей, состоящих под диспансерным наблюдением;

удельный вес детей с улучшением состояния здоровья в общем числе детей, состоящих под диспансерным наблюдением;

объем медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров (число пациенто-дней на 1 жителя, на 1 застрахованное лицо);

уровень госпитализации населения, прикрепившегося к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь (на 1000 человек населения);

удельный вес госпитализаций в экстренной форме в общем объеме госпитализаций населения, прикрепленного к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь;

количество вызовов скорой медицинской помощи в расчете на 1 жителя, число лиц, которым оказана скорая медицинская помощь;

доля лиц, которым скорая медицинская помощь оказана в течение 20 минут после вызова, в общем числе лиц, которым оказана скорая медицинская помощь.

Территориальной программой устанавливаются целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, на основе которых проводится комплексная оценка их уровня и динамики.

Территориальной программой могут быть установлены дополнительные критерии доступности и качества медицинской помощи и их целевые значения.

Критериями доступности медицинской помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями за счет средств федерального бюджета, являются:

удельный вес объема специализированной медицинской помощи (в условиях стационара и дневного стационара), оказанной жителям, проживающим в других субъектах Российской Федерации, в объеме указанной помощи, оказанной жителям субъекта Российской Федерации, в котором расположена федеральная медицинская организация;

доля расходов, осуществляемых за счет предоставления платных услуг, в структуре всех расходов на медицинскую помощь, оказываемую в федеральных медицинских организациях.

Краткий обзор письма Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25.12.2012 г. № 11-9/10/2-5718 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов»

Содержащиеся в письме Минздрава России положения формируют основу для определения объемов оказываемой учреждениями медицинской помощи, финансового обеспечения деятельности учреждений, что определяет не только доступность и качество оказываемой населению медицинской помощи, но и условия обеспечения профессиональных, трудовых и социально-экономических прав и интересов работников учреждений здравоохранения.

Стоимость территориальной программы государственных гарантий формируется за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта РФ и местных бюджетов, а также средств обязательного медицинского страхования на ее финансовое обеспечение и утверждается в виде приложения (в соответствии с Приложениями 1 и 2 к указанному письму).

Территориальная программа госгарантий должна быть сбалансирована в части объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по условиям ее оказания.

В условиях реформирования и реструктуризации сети учреждений здравоохранения предусматривается, например, что выполнение объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, следует осуществлять за счет более эффективного и рационального использования коечного фонда (перепрофилирование и реструктуризация стационаров, оптимизация показателей работы койки и др.) в целях повышения ее доступности, **а не за счет необоснованного сокращения коек**, в т.ч. развернутых на базе сельских участковых больниц.

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

Для определения нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (ОМС) необходимо провести коррекцию путем умножения величины соответствующих средних нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по условиям ее оказания за счет средств ОМС, установленных Программой, на величину коэффициента дифференциации. При расчете используются также относительные коэффициенты стоимости медицинской помощи по основным профилям медицинской помощи

(специальностям) согласно рекомендациям Министерства здравоохранения РФ по способам оплаты медицинской помощи.

Установленные федеральной Программой средние подушевые нормативы финансирования определены исходя из средних нормативов объема медицинской помощи в расчете на 1 жителя (застрахованное лицо) и средних нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по условиям оказания медицинской помощи без учета влияния районных коэффициентов.

В 2013 и 2014 годах средний подушевой норматив финансирования за счет средств соответствующих бюджетов (без учета расходов федерального бюджета), установленный Программой, включает средства, передаваемые на оплату **скорой медицинской помощи** застрахованным лицам в виде межбюджетных трансфертов в бюджет территориального фонда ОМС.

Расходы государственных и муниципальных медицинских организаций **в части капремонта и проектно-сметной документации** для его проведения, приобретения оборудования стоимостью свыше 100 тыс. рублей за единицу, приобретение медицинской мебели осуществляются за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и **не входят в средний подушевой норматив финансирования**, установленный программой.

При формировании территориальной программы госгарантий **размер дефицита ее финансового обеспечения** за счет средств соответствующих бюджетов рекомендуется определять как разность потребности в ее финансовом обеспечении за счет средств соответствующих бюджетов и утвержденной субъектом РФ стоимости территориальной программы госгарантий за счет средств соответствующих бюджетов, включая межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта РФ в бюджет территориального фонда ОМС на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи.

Следует подчеркнуть, что средний подушевой норматив финансирования за счет средств ОМС включает, в том числе, расходы на финансовое обеспечение **дополнительной медицинской помощи**, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами, работающими с указанными врачами, а также денежные выплаты медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, скорой медицинской помощи. **Расходы на указанные выплаты осуществляются в соответствии с порядком, установленным нормативными правовыми актами субъектов РФ, относятся к выплатам стимулирующего характера и осуществляются по результатам их деятельности.**

В документе приводятся показатели доступности и качества медицинской помощи, а также приведена методика **оценки эффективности деятельности медицинских организаций**, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях (приложение 8 к письму Министерства здравоохранения Российской Федерации).

Обоснование **потребности в ресурсах, в т.ч. кадровых и материальных**, необходимых для выполнения объемов медицинской помощи в рамках территориальной программы госгарантий, осуществляется на основе Методики, приведенной в Приложении № 7 к письму. Так, определение необходимого числа

врачей и среднего медперсонала в больничных учреждениях рекомендуется проводить на основе показателей нагрузки на одну должность специалиста (число коек), приведенных в п.2.1 вышеуказанного Приложения.

Планирование числа врачей в амбулаторных условиях рекомендуется осуществлять, исходя из утвержденного норматива посещений на одного жителя в год, численности населения и функции врачебной должности (плановое число посещений на 1 врачебную должность в год). Рекомендуемый норматив времени на одно посещение участкового терапевта, врача общей практики, участкового педиатра составляет в среднем 20 минут.

Формирование территориальных программ обязательного медицинского страхования, как составной части Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, осуществляется создаваемой в субъекте РФ **Комиссией по разработке территориальной программы ОМС**.

Следует подчеркнуть, что в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (ст.36, п.9) представители **профсоюза работников здравоохранения РФ входят в состав указанной Комиссии**. Уточнение данной нормы внесено в качестве изменений в № 326-ФЗ Федеральным законом от 01.12.2012 г. № 213-ФЗ.

Кроме того, в соответствии со ст.30, ч.2 Федерального Закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются **тарифным соглашением** между органом исполнительной власти субъекта РФ, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта РФ, территориальным фондом ОМС, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями и **профессиональным союзом медицинских работников**.

Тарифы на оплату медицинской помощи формируются в соответствии с методикой, установленной Правилами, на основе **стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи**, и являются едиными для медицинских организаций независимо от организационно-правовой формы оказавших медицинскую помощь при конкретном заболевании или состоянии в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

*Примечание: В связи с ограниченными возможностями формата данного информационного бюллетеня приложения к письму Министерства здравоохранения РФ приводятся не в полном объеме. Ниже публикуются приложения №№ 4-8, представляющие интерес при формировании штатов учреждения, при определении нагрузки на работников здравоохранения и оценки их деятельности, что представляет интерес для профсоюзных работников.

*Отдел экономической работы
и оплаты труда аппарата Профсоюза*

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПИСЬМО

от 25 декабря 2012 г. № 11-9/10/2-5718

О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов»

Во исполнение пункта 2 постановления Правительства Российской Федерации от 22 октября 2012 г. № 1074 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов" (далее - Программа) Министерство здравоохранения Российской Федерации совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования направляет разъяснения по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов (далее - территориальная программа государственных гарантий).

Формирование территориальной программы государственных гарантий

1. Органы государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с Программой разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий, включая территориальные программы обязательного медицинского страхования, установленные в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.

Стоимость территориальной программы государственных гарантий формируется за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации и местных бюджетов (в случае передачи органами государственной власти субъекта Российской Федерации соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления) (далее - соответствующие бюджеты) и средств обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования и утверждается в виде приложения к территориальной программе государственных гарантий по форме, в соответствии с приложениями 1 и 2 к настоящему разъяснению.

Объем медицинской помощи в расчете на 1 жителя, стоимость единицы объема медицинской помощи с учетом условий ее оказания за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, нормативы объемов предоставления

медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования формируются на основании средних нормативов объема медицинской помощи и средних нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой, с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики, климатических и географических особенностей региона, транспортной доступности медицинских организаций и плотности населения на территории субъекта Российской Федерации и указываются в текстовой части территориальной программы государственных гарантий, а также в табличной форме в приложении к ней.

Территориальная программа государственных гарантий должна быть сбалансирована в части объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по условиям ее оказания.

Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий, в том числе территориальной программы обязательного медицинского страхования, является приложением к территориальной программе государственных гарантий и включает полный пронумерованный перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий, с указанием медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в соответствии с реестром медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (приложение 3 к настоящим разъяснениям).

2. Финансовое обеспечение медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной службе, а также диагностических исследований в целях медицинского освидетельствования по направлению военных комиссариатов осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации и не включены в средние нормативы, установленные Программой.

3. При формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий и определении объема финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования следует учитывать население закрытых административно-территориальных образований, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень, а также работников организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда.

4. Для определения объема медицинской помощи на 1 жителя по условиям ее оказания в рамках территориальной программы государственных гарантий, а

также нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, средние нормативы объема медицинской помощи, установленные Программой, корректируются с помощью поправочных коэффициентов, учитывающих в том числе особенности возрастного состава населения субъекта Российской Федерации.

При обосновании размера средних нормативов объема медицинской помощи на 1 жителя (застрахованного), установленных Программой, принято следующее соотношение детей (в возрасте от нуля до семнадцати лет включительно) и взрослых: 19% (коэффициент 0,19) и 81% (коэффициент 0,81) соответственно.

Поправочные коэффициенты рассчитываются путем деления удельного веса (в % или долях единицы) численности детей и взрослых в структуре населения территории на соответствующие показатели по Российской Федерации.

Например, если в структуре населения субъекта Российской Федерации дети составляют 20% и взрослые - 80%, то поправочные коэффициенты составят: 1,05 для детского ($20 / 19 = 1,05$) и 0,99 для взрослого населения ($80 / 81 = 0,99$).

Для получения скорректированного числа койко-дней для взрослых и детей в субъекте Российской Федерации необходимо найти произведение соответствующих данных приложения 4 к настоящим разъяснениям, в котором указаны рекомендуемые показатели уровня госпитализации (число госпитализаций на 1000 жителей в год), средней длительности пребывания 1-ого пациента в медицинской организации в стационарных условиях (дней) и числа койко-дней (круглосуточного пребывания) на 1 жителя (застрахованного) на поправочные коэффициенты (таблица 1).

Таблица 1

Пример коррекции объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях по профилю "кардиология", в субъекте Российской Федерации

Показатель	Число койко-дней на 1000 жителей		
	в том числе для:		Всего
	взрослых	детей	
Средний норматив по Программе	100,85	4,45	105,3
Поправочный коэффициент	0,99	1,05	-
Скорректированный объем для субъекта Российской Федерации	99,8	4,7	104,5

Пример расчета: $100,85 \times 0,99 + 4,45 \times 1,05 = 104,5$
койко-дней на 1000 жителей = 0,1045 койко-дней на 1 жителя
(застрахованное лицо)

Корректировка объема медицинской помощи проводится также с учетом заболеваемости населения субъекта Российской Федерации с использованием как отчетных данных, так и результатов специальных исследований. По данным медицинской статистики за предыдущий год анализируются состав пациентов, получивших медицинскую помощь в стационарных условиях, и число проведенных ими койко-дней в разрезе классов и групп заболеваний. В результате определяется объем медицинской помощи в стационарных условиях, по профилям медицинской помощи в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития от 17 мая 2012 г. № 555н "Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи", зарегистрированным в Министерстве юстиции Российской Федерации 4 июня 2012 г. № 24440.

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

Значения объема медицинской помощи на 1 жителя (норматива объема предоставления медицинской помощи на 1 застрахованное лицо) должны быть обоснованы конкретными факторами - уровнем госпитализированной заболеваемости населения, демографическими особенностями населения региона, климатическими и географическими особенностями региона, уровнем транспортной доступности медицинских организаций, уровнем развития транспортных путей постоянного действия, плотностью населения в субъекте Российской Федерации и другими.

Для определения общего количества койко-дней для населения субъекта Российской Федерации по видам медицинской помощи, не входящим в территориальную программу обязательного медицинского страхования, необходимо величину объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях за счет средств соответствующих бюджетов, в расчете на 1 жителя (количество койко-дней на 1 жителя) умножить на численность населения субъекта Российской Федерации по прогнозу Росстата на 1 января соответствующего года.

Для определения общего количества койко-дней по территориальной программе обязательного медицинского страхования необходимо величину норматива объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях в расчете на 1 застрахованное лицо (количество койко-дней на 1 застрахованное лицо) умножить на численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации по состоянию на 1 апреля предыдущего года.

В субъекте Российской Федерации может применяться более детальная группировка населения (застрахованных лиц) по возрастным группам.

Аналогично проводятся расчеты объема медицинской помощи,

оказываемой в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, в расчете на одного жителя (на одно застрахованное лицо) (приложения 5 и 6 к настоящим разъяснениям).

Средние нормативы объема скорой медицинской помощи на 1 жителя, установленные Программой, корректируются с учетом транспортной доступности медицинских организаций, уровня развития транспортных путей постоянного действия, плотности населения в субъекте Российской Федерации, демографических особенностей населения региона и других факторов.

С учетом особенностей регионов рекомендуется использование дифференцированных объемов скорой медицинской помощи, рассчитанных на 1 жителя в год, для Пермского края, республик Карелия, Коми, Бурятия, Саха (Якутия), Еврейской автономной области, Амурской, Томской, Мурманской, Тюменской областей - в среднем 0,330 вызова; для Красноярского, Камчатского, Хабаровского, Забайкальского краев, Архангельской, Сахалинской, Иркутской, Магаданской областей, Чукотского автономного округа - в среднем 0,360 вызова.

Выполнение объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, следует осуществлять за счет более эффективного и рационального использования коечного фонда (перепрофилизации и реструктуризации коечного фонда, оптимизации показателей работы койки и др.) в целях обеспечения ее доступности, а не за счет необоснованного сокращения коек, в том числе развернутых на базе сельских участковых больниц.

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

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

5. Для определения стоимости единиц объема медицинской помощи по видам медицинской помощи, не входящим в территориальную программу обязательного медицинского страхования, необходимо провести коррекцию путем умножения величины соответствующих средних нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по условиям ее оказания за счет средств соответствующих бюджетов, установленных Программой, на величину районного коэффициента (рассчитанного с учетом районного коэффициента и надбавок к заработной плате за работу в местностях с тяжелыми климатическими условиями - в районах Крайнего Севера и

приравненных к ним местностях, в южных районах Восточной Сибири, Дальнего Востока и в высокогорных районах, пустынных и безводных местностях).

Для определения нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования необходимо провести коррекцию путем умножения величины соответствующих средних нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленных Программой, на величину коэффициента дифференциации.

Например, стоимость одного койко-дня в субъекте Российской Федерации с районным коэффициентом 1,1700 составит: $1657 \text{ руб.} \times 1,1700 = 1938,7 \text{ руб.}$

При расчете используются также относительные коэффициенты стоимости медицинской помощи по основным профилям медицинской помощи (специальностям) согласно рекомендациям Министерства здравоохранения Российской Федерации по способам оплаты медицинской помощи.

6. Установленные Программой средние подушевые нормативы финансирования определены исходя из средних нормативов объема медицинской помощи в расчете на 1 жителя (застрахованное лицо) и средних нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по условиям оказания медицинской помощи без учета влияния районных коэффициентов.

Размер бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов на реализацию территориальной программы государственных гарантий определяется исходя из величины среднего подушевого норматива финансирования за счет средств соответствующих бюджетов, установленного Программой (на 2013 год - 3 090,0 руб., на 2014 год - 3 331,9 руб., на 2015 год - 3 615,4 руб.), районного коэффициента и численности населения субъекта Российской Федерации по прогнозу Росстата на 1 января соответствующего года.

В 2013 и 2014 годах средний подушевой норматив финансирования за счет средств соответствующих бюджетов (без учета расходов федерального бюджета), установленный Программой, включает средства, передаваемые на оплату скорой медицинской помощи застрахованным лицам в виде межбюджетных трансфертов в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Расходы государственных и муниципальных медицинских организаций в части капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения, приобретения оборудования стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу, приобретение медицинской мебели осуществляются за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и не входят в средний подушевой норматив финансирования, установленный Программой.

При формировании территориальной программы государственных гарантий размер дефицита ее финансового обеспечения за счет средств соответствующих бюджетов рекомендуется определять как разность потребности в финансовом обеспечении территориальной программы государственных гарантий за счет средств соответствующих бюджетов и утвержденной субъектом Российской Федерации стоимости территориальной программы государственных гарантий за счет средств соответствующих бюджетов, включая межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта Российской Федерации в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи.

Потребность определяется как произведение среднего подушевого норматива финансирования за счет средств соответствующих бюджетов, установленного Программой, на величину районного коэффициента и численность населения субъекта Российской Федерации по прогнозу Росстата на 1 января соответствующего года.

Аналогично определяется размер дефицита финансового обеспечения территориальной программы государственных гарантий за счет средств соответствующих бюджетов по итогам ее реализации за год.

7. При планировании объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, единицей объема является:

- а) посещение:
 - с профилактической целью;
 - в связи с оказанием паллиативной помощи;
 - в связи с оказанием неотложной помощи;
- б) обращение по поводу заболевания.

Объем медицинской помощи в амбулаторных условиях (число посещений с профилактической целью: 2,04 посещения на 1 застрахованное лицо (за счет средств обязательного медицинского страхования) и 0,4 посещения на 1 жителя (за счет средств соответствующих бюджетов)) включает посещения:

- а) центров здоровья;
- б) в связи с диспансеризацией определенных групп населения;
- в) в связи с диспансерным наблюдением;
- г) в связи с профилактическими медицинскими осмотрами в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, патронажем;
- д) медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;
- е) с иными целями (разовые посещения по поводу заболевания, связанные с диагностическим обследованием, направлением на консультацию, госпитализацию, в дневной стационар, получением справки, санаторно-курортной карты и других медицинских документов);
- д) в связи с оказанием паллиативной медицинской помощи.

КонсультантПлюс: примечание.

Нумерация подпунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

В рамках первичной медико-санитарной помощи осуществляется диспансеризация определенных категорий граждан, порядок проведения которой устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Оплата диспансеризации может осуществляться по законченному случаю с учетом этапов проведения.

Рекомендуемое число посещений с профилактической целью по специальностям представлено в приложении 4 к настоящим разъяснениям.

Объем предоставления медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме за счет средств обязательного медицинского страхования, установлен - 0,36 посещений на 1 застрахованное лицо.

Обращение по поводу заболевания - это законченный случай лечения заболевания при кратности не менее двух посещений по поводу одного заболевания.

В целом по территориальной программе государственных гарантий кратность посещений по поводу одного заболевания составляет от 2,6 до 3,2 посещения.

Медицинские организации ведут отдельный учет посещений с профилактической целью (посещение центра здоровья, в связи с диспансеризацией определенных групп населения, диспансерным наблюдением, профилактическим осмотром), посещений с иными целями, в связи с оказанием паллиативной медицинской помощи, неотложной медицинской помощи и обращений по поводу заболеваний.

Учет обращений осуществляется на основе учетной формы № 025-12/у "Талон амбулаторного пациента" по форме, согласно приложению № 3 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. № 255, зарегистрированному в Министерстве юстиции Российской Федерации 14 декабря 2004 г. № 6188 (с кодировкой по пункту 16: цель посещения - 1 - заболевание).

8. Для медицинских организаций, в составе которых на функциональной основе созданы центры здоровья, единицей объема первичной медико-санитарной помощи является посещение:

а) впервые обратившихся граждан в отчетном году для проведения комплексного обследования;

б) обратившихся граждан для динамического наблюдения в соответствии с рекомендациями врача центра здоровья, направленным медицинской организацией по месту прикрепления; направленным медицинскими работниками образовательных учреждений; направленным врачом, ответственным за проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан из I (практически здоров) и II (риск развития заболеваний) групп состояния здоровья (далее - I и II группы состояния здоровья); направленным работодателем по заключению врача, ответственного за проведение углубленных медицинских осмотров с I и II группами состояния здоровья.

Медицинские организации, в которых созданы центры здоровья, участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского

страхования в части оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи в этих структурных подразделениях.

Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной в центрах здоровья, в том числе являющихся структурными подразделениями врачебно-физкультурных диспансеров, центров планирования семьи и репродукции, центров охраны репродуктивного здоровья подростков и центров медицинской профилактики осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования на основе реестров счетов, заполненных в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (X пересмотра) (далее - МКБ-10) по классу Z00 - Z99 "Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения". При этом объемы оказанной первичной медико-санитарной помощи подлежат учету, контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (медико-экономическому контролю, медико-экономической экспертизе, экспертизе качества медицинской помощи) и оплате в соответствии с тарифами и способами оплаты данного вида медицинской помощи, принятыми в рамках тарифного соглашения, действующего на территории субъекта Российской Федерации.

Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной в центрах здоровья гражданам, не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

9. В рамках территориальной программы государственных гарантий финансовое обеспечение оказания гражданам скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи осуществляется за счет:

а) средств обязательного медицинского страхования;

б) бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов (в части медицинской помощи, не включенной в территориальные программы обязательного медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в территориальных программах обязательного медицинского страхования).

За счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов осуществляется финансовое обеспечение скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, не застрахованным и не идентифицированным в системе обязательного медицинского страхования гражданам, а также санитарно-авиационная эвакуация.

В рамках подушевого норматива финансирования территориальной программы государственных гарантий за счет средств соответствующих бюджетов субъектом Российской Федерации устанавливаются объем и стоимость единицы объема скорой специализированной (санитарно-авиационной) медицинской помощи.

10. За счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов осуществляется финансовое обеспечение медицинской помощи в экстренной форме, оказанной:

не застрахованным и не идентифицированным в системе обязательного медицинского страхования гражданам при заболеваниях и состояниях, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования, медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;

гражданам при заболеваниях и состояниях, не входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования (в рамках государственных (муниципальных) заданий).

11. Финансовое обеспечение оказания паллиативной медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях (включая больницы сестринского ухода) осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

12. За счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов осуществляется оказание медицинской помощи и предоставление иных государственных и муниципальных услуг (работ), в соответствии с разделом IV Программы, в лепрозориях, центрах по профилактике и борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита и инфекционными заболеваниями, врачебно-физкультурных диспансерах, центрах планирования семьи и репродукции, центрах охраны репродуктивного здоровья подростков, центрах медицинской профилактики (за исключением первичной медико-санитарной помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования), центрах профессиональной патологии, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомических бюро, медицинских информационно-аналитических центрах, бюро медицинской статистики, на станциях переливания крови, в центрах крови, домах ребенка, включая специализированные, молочных кухнях и прочих медицинских организациях, входящих в номенклатуру медицинских организаций, утверждаемую Министерством здравоохранения Российской Федерации.

13. При оказании медицинской помощи лицам, проживающим в других субъектах Российской Федерации, по видам и условиям, не включенным в территориальную программу обязательного медицинского страхования, субъекты Российской Федерации вправе осуществлять взаимные расчеты в виде межбюджетных отношений на основании заключенных соглашений.

14. Для выполнения объемов медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий необходимо обосновать потребность в кадровых и материальных ресурсах. Методика планирования ресурсов, необходимых для бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий, представлена в приложении 7 к настоящим разъяснениям и может быть рекомендована для обоснования и установления целевых показателей обеспеченности населения ресурсами (медицинскими кадрами и больничными койками).

15. Территориальной программой государственных гарантий в соответствии с Программой устанавливаются критерии доступности и качества медицинской помощи, на основе которых проводится комплексная оценка уровня и динамики показателей.

Следует учитывать, что показатели доступности и качества медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий устанавливаются:

а) общие показатели:

удовлетворенность населения медицинской помощью - в процентах от числа опрошенных;

смертность населения - число умерших на 1000 человек населения;

смертность населения от болезней системы кровообращения (число умерших от болезней системы кровообращения на 100 тыс. человек населения);

смертность населения от новообразований, в том числе от злокачественных (число умерших от новообразований, в том числе от злокачественных, на 100 тыс. человек населения);

смертность населения от дорожно-транспортных происшествий (число умерших от дорожно-транспортных происшествий на 100 тыс. человек населения);

смертность населения от туберкулеза (случаев на 100 тыс. человек населения);

смертность населения в трудоспособном возрасте - число умерших в трудоспособном возрасте на 100 000 человек населения;

смертность населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения (число умерших от болезней системы кровообращения в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения);

материнская смертность (на 100 тыс. родившихся живыми);

младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми);

смертность детей в возрасте 0 - 14 лет (на 100 000 человек населения соответствующего возраста);

удельный вес больных злокачественными новообразованиями, выявленных на ранних стадиях, в общем количестве впервые выявленных больных злокачественными новообразованиями (в процентах);

количество обоснованных жалоб, в том числе на отказ в оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной программы;

количество медицинских организаций, осуществляющих автоматизированную запись на прием к врачу с использованием информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" и информационно-справочных сенсорных терминалов;

обеспеченность населения врачами (на 10 000 человек населения), в том числе оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях;

средняя длительность лечения в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях (число дней);

б) показатели деятельности медицинских организаций по оказанию

первичной медико-санитарной помощи:

полнота охвата патронажем детей первого года жизни (в процентах);

полнота охвата профилактическими осмотрами детей (в процентах);

удельный вес детей, снятых с диспансерного наблюдения по выздоровлению, в общем числе детей, состоящих под диспансерным наблюдением (в процентах);

удельный вес детей с улучшением состояния здоровья в общем числе детей, состоящих под диспансерным наблюдением (в процентах);

в) показатели деятельности медицинских организаций по оказанию специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи:

объем медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров (число пациенто-дней на 1 жителя, на 1 застрахованное лицо);

уровень госпитализации населения, прикрепившегося к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь (на 1000 человек населения);

удельный вес госпитализаций в экстренной форме в общем объеме госпитализаций населения, прикрепленного к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь (в процентах);

г) показатели деятельности медицинских организаций по оказанию скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи:

количество вызовов скорой медицинской помощи в расчете на 1 жителя, число лиц, которым оказана скорая медицинская помощь;

доля лиц, которым скорая медицинская помощь оказана в течение 20 минут после вызова, в общем числе лиц, которым оказана скорая медицинская помощь (в процентах).

Мониторинг целевых значений критериев доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы государственных гарантий, осуществляется органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения.

Целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, могут использоваться при установлении территориальным фондом обязательного медицинского страхования целевых значений доступности и качества медицинской помощи для выплат стимулирующего характера из средств нормированного страхового запаса медицинским организациям.

16. Оценку эффективности деятельности медицинских организаций на основе выполнения функции врачебной должности, показателей рационального и целевого использования коечного фонда рекомендуется осуществлять по методике, представленной в приложении 8 к настоящим разъяснениям.

17. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения, территориальные фонды обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации обязаны информировать граждан о видах и объемах медицинской помощи, перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, отдельных

медицинских технологиях, предоставляемых гражданам бесплатно в рамках территориальной программы государственных гарантий, а также об установленных территориальной программой государственных гарантий порядке, условиях и критериях доступности и качества медицинской помощи.

18. Разграничение оказания бесплатной медицинской помощи гражданам и платных медицинских услуг (работ) осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг".

Формирование территориальной программы обязательного медицинского страхования

1. Для определения стоимости территориальной программы обязательного медицинского страхования необходимо величину среднего подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного Программой (на 2013 год - 5 942,5 руб., на 2014 год - 6 962,5 руб., на 2015 год - 8 481,5 руб.), умножить на коэффициент дифференциации и на численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации по состоянию на 1 апреля года предыдущего года.

Для определения общего количества койко-дней по территориальной программе обязательного медицинского страхования необходимо величину норматива объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях в расчете на 1 застрахованное лицо (количество койко-дней на 1 застрахованное лицо), установленного территориальной программой, умножить на численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации по состоянию на 1 апреля предыдущего года.

Аналогично проводятся расчеты нормативов объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, в расчете на 1 застрахованное лицо.

Средний подушевой норматив финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный Программой, включает:

расходы на оказание медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;

расходы на ведение дела в сфере обязательного медицинского страхования;

передаваемые расходы бюджета субъекта Российской Федерации на содержание медицинских организаций в пределах увеличения размера тарифа страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения (на 2013 - 2014 гг.);

расходы на внедрение стандартов медицинской помощи;

финансовое обеспечение мероприятий по диспансеризации определенных групп населения, диспансерному наблюдению, профилактическим медицинским осмотрам в соответствии с порядками, установленными

Министерством здравоохранения Российской Федерации;

расходы на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей);

расходы на денежные выплаты медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медицинским сестрам скорой медицинской помощи.

Расходы на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей), а также медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов, врачами, фельдшерами и медицинскими сестрами скорой медицинской помощи, осуществляются в соответствии с порядком, установленным нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации, относятся к выплатам стимулирующего характера и осуществляются по результатам их деятельности.

Объемы медицинской помощи, подлежащие оплате за счет средств обязательного медицинского страхования, и соответствующие им финансовые средства, отражаются в приложении 2 к настоящим разъяснениям (раздел III).

Включенные в территориальную программу обязательного медицинского страхования дополнительно к базовой программе виды медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи и связанное с ними страховое обеспечение указываются отдельно от установленных базовой программой обязательного медицинского страхования.

2. Формирование территориальных программ обязательного медицинского страхования осуществляется создаваемой в субъекте Российской Федерации комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Комиссия), осуществляющей свою деятельность в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 г. № 158н, зарегистрированным в Министерстве юстиции Российской Федерации 3 марта 2011 г. № 19998 (далее - Правила). Предоставление информации членами Комиссии определяется ее решением. При формировании проекта территориальной программы обязательного медицинского страхования Комиссией определяются:

виды медицинской помощи, перечень заболеваний и состояний, расчетные нормативы объемов медицинской помощи с учетом потребности застрахованных лиц субъекта Российской Федерации в медицинской помощи;

расчетные нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, расчетные подушевые нормативы финансирования территориальной

программы обязательного медицинского страхования с учетом размера бюджетных ассигнований на реализацию территориальной программы обязательного медицинского страхования, установленного законом о бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования по источникам ее формирования;

условия оказания медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, структура тарифов, целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, устанавливаемые территориальной программой государственных гарантий;

перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинской помощи, предоставляемой в неотложной форме в амбулаторных условиях.

Объемы медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы определяются в расчете на 1 застрахованное лицо в год на основе средних нормативов, установленных Программой, и скорректированных с учетом особенностей половозрастного состава, уровня и структуры заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, климатогеографических условий региона, транспортной доступности медицинских организаций и расселения на территории субъекта Российской Федерации.

Объемы предоставления медицинской помощи, установленные по территориальной программе обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, в котором застрахованным лицам выдан полис обязательного медицинского страхования, включают в себя объемы предоставления им медицинской помощи за пределами территории этого субъекта Российской Федерации.

При установлении территориальной программой обязательного медицинского страхования перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования территориальная программа обязательного медицинского страхования должна включать в себя также значения нормативов объема медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо и финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, выделив отдельно указанные нормативы в рамках базовой программы и сверх базовой программы в текстовой части программы, а также в табличной форме в приложении к ней.

3. Органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения и территориальными фондами обязательного медицинского страхования, для подготовки проекта территориальной программы обязательного медицинского страхования в рамках деятельности Комиссии, осуществляется расчет территориальных нормативов объемов медицинской помощи и соответствующих финансовых показателей на основе анализа статистических форм, данных персонифицированного учета медицинской помощи, программ развития здравоохранения, сведений,

поступивших от включенных в реестр медицинских организаций и включенных в реестр страховых медицинских организаций, медицинских профессиональных некоммерческих организаций, созданных в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), включенными в состав Комиссии.

4. Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования, распределяются решением Комиссии между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями.

При распределении объемов медицинской помощи учитываются:

- сведения органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения о видах медицинской помощи, мощности вошедших в реестр медицинских организаций, профилях медицинской помощи, врачебных специальностях;

- сведения страховых медицинских организаций о числе застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц, потребности застрахованных лиц в медицинской помощи и финансовых средствах для ее оплаты;

- сведения медицинских организаций, представленные при подаче уведомления об участии в сфере обязательного медицинского страхования, включающие:

- а) показатели (в том числе коечную мощность, объемы медицинской деятельности и другие), установленные решением Комиссии, подтверждающие возможность медицинской организации по выполнению объемов медицинской помощи в разрезе видов, профилей отделений (коек), врачебных специальностей в соответствии с правом на их осуществление;

- б) данные о половозрастном составе и численности застрахованных лиц, прикрепившихся для амбулаторно-поликлинического обслуживания;

- в) показатели, подтверждающие возможность медицинских организаций оказать диагностические услуги - для медицинских организаций, оказывающих только отдельные диагностические услуги в соответствии с правом на их осуществление;

- г) показатели, установленные решением Комиссии, подтверждающие возможность медицинских организаций дополнительно оказывать отдельные диагностические услуги - для медицинских организаций, оказывающих в рамках основной деятельности дополнительно отдельные диагностические услуги в соответствии с правом на их осуществление.

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

- а) численности и половозрастной структуры застрахованных конкретной страховой медицинской организацией лиц;

- б) показателей объемов медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, 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 Российской Федерации.

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

Объемы медицинской помощи устанавливаются страховым медицинским организациям решением Комиссии на год с поквартальной разбивкой, с последующей корректировкой при необходимости и обоснованности.

Распределение утвержденных территориальной программой обязательного медицинского страхования объемов медицинской помощи медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях и имеющих прикрепленных лиц, получивших полис обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, осуществляется исходя из их численности и половозрастной структуры, нормативов объема медицинской помощи на 1 застрахованное лицо в год, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, с учетом климатогеографических условий региона, транспортной доступности медицинских организаций и расселения прикрепленного населения.

Медицинские организации в сроки, установленные Комиссией, представляют в страховые медицинские организации сведения о численности застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, список прикрепившихся для получения медицинской помощи в амбулаторных условиях застрахованных лиц для заключения договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - договор) и последующее изменение списка на основе акта сверки численности. Одновременно указанные сведения представляются медицинскими организациями в территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

Объемы медицинской помощи на застрахованных лиц, прикрепившихся к медицинской организации для получения медицинской помощи в амбулаторных условиях, получивших полис обязательного медицинского страхования в другом субъекте Российской Федерации, и соответствующие им финансовые средства учитываются территориальным фондом обязательного медицинского страхования отдельно и используются при формировании нормированного страхового запаса.

Медицинским организациям, не имеющим застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, объемы медицинской помощи распределяются исходя из показателей объемов медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденных территориальной программой обязательного медицинского страхования, с учетом мощности медицинской организации, профилей медицинской помощи, врачебных специальностей, видов медицинской помощи, условий ее оказания.

Медицинским организациям, оказывающим только диагностические услуги в соответствии с правом на их осуществление, и которым не может быть определен объем медицинской помощи в показателях, установленных Программой, распределение объема диагностических услуг осуществляется исходя из потребности включенных в реестр медицинских организаций по выполнению стандартов медицинской помощи и порядков ее оказания, в случае отсутствия у медицинских организаций данных диагностических услуг или их недостаточности.

5. Финансовые средства для обеспечения объемов медицинской помощи гражданам, не идентифицированным в системе обязательного медицинского страхования, а также не застрахованным в системе обязательного медицинского страхования при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, входящих в базовую программу), отражаются в приложении 2 к настоящим разъяснениям (раздел I пункт 3).

6. Медицинская помощь по видам, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказывается застрахованным лицам на территории Российской Федерации, в том числе за пределами субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам медицинскими организациями, находящимися вне территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, осуществляется по видам, включенным в базовую программу, по способам оплаты и тарифам, действующим на территории оказания медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи осуществляется по способам оплаты, установленным территориальной программой государственных гарантий, и тарифам на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, принятых тарифным соглашением.

7. Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются в субъекте Российской Федерации тарифным соглашением. Формирование тарифов на оплату медицинской помощи, включая их структуру, осуществляется Комиссией в соответствии с законодательством Российской Федерации и исходя из установленных Программой средних нормативов. Решением Комиссии является заключенное тарифное соглашение.

Медицинским организациям, оказывающим только диагностические и (или) консультативные услуги, а также медицинским организациям, оказывающим в рамках основной деятельности дополнительно отдельные диагностические услуги, могут устанавливаться тарифы за услугу и (или) консультацию.

В целях предоставления медицинской помощи в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи медицинские организации вправе учитывать в тарифах на оплату медицинской помощи средства на оплату диагностических и (или) консультативных услуг по

гражданско-правовым договорам.

Тарифы на оплату медицинской помощи формируются в соответствии с методикой, установленной Правилами, на основе стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи и являются едиными для медицинских организаций независимо от организационно-правовой формы, оказавших медицинскую помощь при конкретном заболевании или состоянии в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

8. В 2013 и 2014 годах финансовое обеспечение расходов, включаемых в структуру тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" с 2013 года, в объеме разницы между размером указанных расходов и приростом размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения по сравнению с 2012 годом, осуществляется за счет межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджетов субъектов Российской Федерации в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования.

9. В территориальной программе обязательного медицинского страхования устанавливаются способы оплаты медицинской помощи, установленные Программой.

Субъектам Российской Федерации рекомендуется применять эффективные способы оплаты медицинской помощи, ориентированные на результат деятельности медицинских организаций (за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний), по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи и другие).

10. За счет средств обязательного медицинского страхования оплачивается первичная медико-санитарная помощь, оказанная в том числе:

- медицинскими работниками со средним медицинским образованием, ведущими самостоятельный прием;
- врачами и медицинскими работниками со средним медицинским образованием в медицинских кабинетах и здравпунктах образовательных учреждений.

11. Расходы на вспомогательные репродуктивные технологии (экстракорпоральное оплодотворение), не включенные в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, утверждаемый Министерством здравоохранения Российской Федерации, в условиях дневного стационара, осуществляются за счет средств обязательного медицинского страхования.

Объем медицинской помощи по экстракорпоральному оплодотворению и порядок проведения устанавливается территориальной программой государственных гарантий в соответствии с порядком оказания экстракорпорального оплодотворения, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, с учетом средней стоимости 1-го случая применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), установленной Программой - 106 253,9

рубля на 2013 год, 113 109 рублей - на 2014 год, 119 964,1 рубля на 2015 год, без учета районных коэффициентов.

При расчете стоимости медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, за счет средств обязательного медицинского страхования применяются средние нормативы финансовых затрат, на 1 пациенто-день лечения в условиях дневного стационара с учетом расходов на оказание медицинской помощи в центрах (подразделениях) амбулаторной хирургии, хирургии одного дня, 2013 год - 1 108,8 рублей, на 2014 год - 1 227,9 рубля, на 2015 год - 1 309,1 рубля.

12. Оказание медицинской помощи при заболеваниях зубов и полости рта входит в базовую программу обязательного медицинского страхования, поскольку данные заболевания в соответствии с МКБ-10 относятся к болезням органов пищеварения.

При планировании и учете объемов гарантируемой стоматологической помощи населению по территориальной программе государственных гарантий учитываются как посещения, так и условные единицы трудоемкости (далее - УЕТ). При пересчете УЕТ в посещения рекомендуется использовать переводные коэффициенты, сложившиеся в субъекте Российской Федерации в зависимости от используемых ресурсов и технологий.

При оплате стоматологической помощи в амбулаторных условиях может применяться способ оплаты за УЕТ.

Для обоснования размера тарифа на стоматологическую помощь целесообразно устанавливать перечень лекарственных препаратов, медицинских изделий, необходимых для ее оказания в рамках территориальной программы государственных гарантий на основе стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

13. Заместительная почечная терапия методами гемодиализа и перитонеального диализа проводится в рамках специализированной медицинской помощи и оплачивается по тарифам, утвержденным в установленном порядке за счет средств обязательного медицинского страхования, в том числе в части приобретения расходных материалов.

14. В рамках территориальных программ государственных гарантий за счет средств обязательного медицинского страхования осуществляется медицинская реабилитация, оказываемая, в том числе, в условиях санаторно-курортных организаций, как этап в общем процессе лечения отдельных заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи.

15. Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) застрахованным лицам в 2013 и 2014 годах осуществляется за счет

межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджетов субъекта Российской Федерации в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования, в объеме не менее фактических расходов консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации на указанные цели в предыдущем году.

Объем скорой медицинской помощи, оказываемой станциями (подстанциями) скорой медицинской помощи, структурными подразделениями медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию (за исключением скорой специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи), по базовой программе обязательного медицинского страхования определяется исходя из среднего норматива объема скорой медицинской помощи, установленного Программой (0,318 вызова на 1 застрахованное лицо) и численности застрахованных лиц.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь, оказываемая застрахованным лицам в амбулаторных и стационарных условиях в отделениях экстренной медицинской помощи (скорой медицинской помощи) медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования, по заболеваниям (состояниям), входящим в базовую программу обязательного медицинского страхования, оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования и включается в объем посещений и/или койко-дней по территориальной программе обязательного медицинского страхования.

При проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и других) оплата дежурств бригад скорой медицинской помощи осуществляется за счет средств, предусмотренных на организацию указанных мероприятий.

Оказание застрахованным лицам скорой медицинской помощи медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения финансируется за счет средств обязательного медицинского страхования при условии их включения в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, по тарифам на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии.

16. Медицинская помощь в экстренной форме, оказанная застрахованным лицам в амбулаторных и стационарных условиях при заболеваниях и состояниях, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования, медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения финансируется за счет средств обязательного медицинского страхования при условии их включения в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, по тарифам на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии.

17. При предоставлении в соответствии с законодательством Российской Федерации одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю права на бесплатное совместное нахождение с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях стоимость оказанной ребенку медицинской помощи включает расходы на создание условий пребывания, включая предоставление спального места и питания, и финансируется за счет средств обязательного медицинского страхования по видам медицинской помощи и заболеваниям (состояниям), включенным в территориальную программу обязательного медицинского страхования.

Министр здравоохранения
Российской Федерации

В.И.СКВОРЦОВА

Приложение 4

РЕКОМЕНДУЕМОЕ ЧИСЛО ПОСЕЩЕНИЙ С ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ

Специальности	Число посещений на 1 000 жителей		
	всего	в том числе для	
		взрослых	детей
Кардиология и ревматология	8,8		8,8
Педиатрия	271,7		271,7
Терапия	149,7	149,7	
Эндокринология	25,5	25,4	0,1
Аллергология и иммунология	0,2		0,2
Неврология	18,7		18,7
Инфекционные болезни	1,5		1,5
Хирургия	60,9	33,8	27,1
Детская урология-андрология	2,2		2,2
Стоматология	138,5	55,3	83,2
Акушерство и гинекология	244,3	244,3	
Оториноларингология	58,3		58,3
Офтальмология	68,1		68,1
Дерматология	41,6		41,6
Посещения центров здоровья	100	59,8	40,2
Посещения к среднему медицинскому персоналу	250		
Разовые посещения по поводу заболевания	600		
Посещения по неотложной медицинской помощи	360		
Всего посещений по базовой программе ОМС	2400		
Посещения при заболеваниях, не входящих в базовую программу ОМС, включая посещения с профилактической целью и по паллиативной медицинской помощи	400		
Итого	2800		

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ОБЪЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ И ПАЛЛИАТИВНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПО ПРОФИЛЯМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <*>

<*> Включая объемы стационарной медицинской помощи, оказываемой по профилям: скорая медицинская помощь, медицинская реабилитация, анестезиология и реаниматология, токсикология.

Профиль медицинской помощи <*>	Рекомендуемый уровень госпитализации (число госпитализаций на 1000 жителей в год)	Используемая при расчете средняя длительность пребывания 1-ого больного в стационаре (дней)	Рекомендуемое число койко-дней (круглосуточного пребывания) на 1000 жителей		
			всего	в том числе для	
				взрослых	детей
Кардиология	7,8	13,5	105,3	100,85	4,45
Ревматология	1	15,6	15,6	14,99	0,61
Гастроэнтерология	2,5	13,9	34,75	27,32	7,43
Пульмонология	2,7	13,4	36,18	29,81	6,37
Эндокринология	2	13,5	27	24,96	2,04
Нефрология	1,4	10,5	14,7	9,33	5,37
Гематология	0,9	15,5	13,95	10,72	3,23
Аллергология и иммунология	0,5	12,1	6,05	5,32	0,73
Педиатрия	12,1	9,5	114,95	-	114,95
Терапия	21,7	12,3	266,91	266,91	-
Неонатология	1,9	26,3	49,97	-	49,97
Травматология и ортопедия (травматологические койки)	6,5	12,4	80,6	72,06	8,54
Травматология и ортопедия (ортопедические койки)	1,2	15,6	18,72	14,90	3,82
Урология (детская урология-андрология)	4,1	9,5	38,95	36,11	2,84
Нейрохирургия	2,2	9,4	20,68	19,10	1,58
Хирургия (комбустиология)	0,4	17,4	6,96	5,11	1,85
Челюстно-лицевая хирургия, стоматология	1,1	7,7	8,47	6,87	1,60
Торакальная хирургия	0,6	14	8,4	7,81	0,59
Колопроктология	0,6	9,8	5,88	5,50	0,38
Сердечно-сосудистая хирургия (кардиохирургические койки)	0,9	11,4	10,26	9,47	0,79

Сердечно-сосудистая хирургия (койки сосудистой хирургии)	1,2	13,1	15,72	15,30	0,42
Хирургия (абдоминальная, трансплантация органов и (или) тканей, костного мозга, пластическая хирургия)	22,6	8,9	201,14	180,99	20,15
Онкология, радиология и радиотерапия	6,5	13,8	89,7	86,82	2,88
Акушерство и гинекология	18	6,1	109,8	109,15	0,65
Оториноларингология	5,1	6,7	34,17	22,78	11,39
Офтальмология	4,5	7,9	35,55	30,24	5,31
Неврология	9,5	13,7	130,15	118,90	11,25
Дерматовенерология (дерматологические койки)	1,7	11,3	19,21	15,59	3,62
Инфекционные болезни	14,9	8,2	122,18	61,17	61,01
Акушерское дело (койки для беременных и рожениц)	7,8	6,5	50,7	50,70	-
Акушерское дело (койки патологии беременности)	5	9,5	47,5	47,50	-
Всего по базовой программе ОМС	168,9	10,3	1740,0	1406,3	333,8
Психиатрия	5,6	74,6	417,76	393,97	23,79
Наркология, психиатрия-наркология	8,6	17,7	152,22	149,12	3,10
Фтизиатрия	2,6	91,2	237,12	213,70	23,42
Дерматовенерология (венерологические койки)	0,6	18,1	10,86	9,41	1,45
Всего за счет средств соответствующих бюджетов	17,4	47,0	818,0	766,20	51,76
Всего по медицинской помощи в стационарных условиях	186,3	13,7	2558,0	2172,5	385,6
Паллиативная медицинская помощь (койки паллиативные, сестринского ухода)	2,6	30,0	77,0		
Итого за счет средств соответствующих бюджетов	20,0	44,8	895,0		
Итого	188,9		2635,0		

<*> В соответствии с Приказом Минздрава России от 17 мая 2012 г. № 555н "Об утверждении коечного фонда по профилям медицинской помощи".

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ОБЪЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,
ОКАЗЫВАЕМОЙ В УСЛОВИЯХ
ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРОВ ВСЕХ ТИПОВ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ

Специальности	Число пациенто-дней на 1 000 жителей		
	всего	в том числе для	
		взрослых	детей
Кардиология и ревматология	6,7	5,7	1
Педиатрия	175,6		175,6
Терапия	140,7	140,7	
Эндокринология	1,7	1,3	0,4
Аллергология и иммунология	1,6	0,2	1,4
Неврология	46	29,4	16,6
Инфекционные болезни	5	1,3	3,7
Хирургия	42,5	30,5	12,0
Урология	2,2	1,9	0,3
Стоматология	0,6	0,4	0,2
Акушерство и гинекология	60,7	56,8	3,9
Оториноларингология	10,2	4,3	5,9
Офтальмология	8,2	4,1	4,1
Дерматология	18,3	12	6,3
Всего пациенто-дней по базовой программе ОМС	520	288,6	231,4
Психиатрия	72	39,7	32,3
Наркология	7,2	7,2	
Фтизиатрия	26,8	21,8	5
Венерология	2	0,9	1,1
Всего пациенто-дней за счет средств соответствующих бюджетов	110	70,5	39,5
Итого	630	359,1	270,9

1. Методика планирования ресурсов для оказания медицинской помощи в стационарных условиях

1.1. Определение абсолютного количества коек (К):

$$K = \frac{N_{к/д} \times H}{1000 \times Д}, \text{ где:}$$

$N_{к/д}$ - число койко-дней на 1000 жителей (утвержденный норматив по территориальной программе государственных гарантий, равен произведению уровня госпитализации на 1000 жителей на средние сроки лечения 1-го больного в стационаре);

H - численность населения;

$Д$ - среднегодовая занятость койки.

С помощью данной методики можно определить абсолютное количество коек, необходимое для реализации территориальной программы в целом, так и по профилям отделений больничных учреждений.

1.2. Определение фактической среднегодовой занятости койки (Д):

$$Д = 365 \text{ дней в году} - t_r - (t_o \times F), \text{ где:}$$

t_r - среднее время простоя койки на ремонт (примерно 10 - 15 дней в году), для расчета этого показателя необходимо общее число койко-дней закрытия на ремонт разделить на среднегодовое число развернутых коек;

t_o - простой койки в связи с оборотом койки, т.е. время, необходимое на санацию койки после выписки и приема больного, и время ожидания госпитализации (1,0 для всех профилей; кроме: фтизиатрических - 3; акушерских - 2,5 - 3; инфекционных - 3; коек для абортотворения - 0,5 и т.п.);

F - плановый оборот койки (число пролеченных больных на одной койке за год).

1.3. Определение планового оборота койки (F):

$$F = \frac{365 - t_r}{T + t_o}, \text{ где}$$

T - средние сроки лечения.

Пример: расчет необходимого числа коек терапевтического профиля.

$T = 14,6$ дней; $H = 1\,000\,000$ человек; $t_r = 10,0$ дней; $t_o = 1,0$ день, $N_{к/д} = 353,32$ койко-дня на 1000 жителей.

$$F = \frac{365 - 10}{14,6 + 1} = 23$$

$$Д = 365 - 10 - (1 \times 23) = 332 \text{ дня.}$$

$$K = \frac{353,32 \times 1\,000\,000}{1\,000 \times 332} = 1\,064 \text{ койки терапевтического профиля.}$$

2. Определение потребности в медицинском персонале

2.1. Медицинская помощь в стационарных условиях

Определение необходимого числа врачей и среднего медицинского персонала в больничных учреждениях рекомендуется проводить на основе показателей нагрузки на одну должность врача (среднего медицинского работника) (таблица 7.1).

Таблица 7.1

Рекомендуемое значение показателей нагрузки
на одну должность врача (среднего медицинского работника)
в многопрофильной больнице

Профиль медицинской помощи <*>	Число коек на 1 врачебную должность	Число коек на 1 пост медицинских сестер
Кардиология	15	15
Детская кардиология	15	15
Сердечно-сосудистая хирургия (кардиохирургические койки)	7	10
Сердечно-сосудистая хирургия (койки сосудистой хирургии)	12	15
Ревматология	15	15
Гастроэнтерология	15	15
Пульмонология	15	15
Эндокринология	15	15
Детская эндокринология	15	15
Нефрология	12	15
Гематология	10	10
Аллергология и иммунология	20	20
Травматология	17	20
Ортопедия	15	15
Урология	15	15
Детская урология- андрология	10	15
Нейрохирургия	12	15
Челюстно-лицевая хирургия	15	15
Стоматология детская	15	15
Торакальная хирургия	12	15
Онкология	10	15
Детская онкология	6	6
Проктология	15	15
Хирургия	12	15
Хирургия (комбустиология)	12	15
Детская хирургия	10	15

Патология беременности	12	15
Гинекология	12	15
Оториноларингология	12	15
Офтальмология	20	20
Офтальмология для детей	10	15
Неврология	15	20
Терапия	15	15
Педиатрия	15	15
Инфекционные болезни	20	10
Инфекционные болезни для детей	15	15
Неонатология	10	5
Акушерство и гинекология	15	10
Акушерское дело (койки патологии беременности)	12	15
Дерматовенерология	15	15
Фтизиатрия	20	20

<*> По профилям, не указанным в таблице, рекомендуемый норматив составляет 20 коек на 1 врачебную должность.

Для определения количества медицинских работников, необходимого для оказания стационарной медицинской помощи по территориальной программе, следует учитывать представленные выше нормативы, а также нормативные значения средних сроков лечения 1-го больного в стационаре и установленные нормативы объема койко-дней в разрезе профильных отделений больничных учреждений, дифференцированные по уровням оказания медицинской помощи.

2.2. Медицинская помощь в амбулаторных условиях

Планирование числа врачей в амбулаторных учреждениях рекомендуется осуществлять с использованием следующей методики:

$$B = \frac{\Pi \times H}{\Phi}, \text{ где:}$$

B - число врачебных должностей;

Π - утвержденный норматив посещений на одного жителя в год;

H - численность населения;

Φ - функция врачебной должности (плановое число посещений на 1 врачебную должность в год).

Рекомендуемый норматив времени на 1 посещение участкового терапевта, врача общей практики, участкового педиатра составляет в среднем 20 минут.

Число посещений на одного жителя в год (Π) складывается из первичных и повторных посещений по поводу заболеваний, а также посещений с профилактической целью.

МЕТОДИКА
ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ,
ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ
В АМБУЛАТОРНЫХ И СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

Эффективность деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях, оценивается на основе:

1. критериев доступности и качества медицинской помощи, установленных разделом VII Программы,
2. показателей ресурсного обеспечения медицинской помощи.

Для оценки ресурсного обеспечения медицинской помощи рекомендуется проводить оценку функции врачебной должности, а также показателей рационального и целевого использования коечного фонда с использованием следующей методики:

- для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оценивается коэффициент выполнения функции врачебной должности (K_v).

$$K_v = \frac{P_f}{P_n}, \text{ где:}$$

P_f - фактическое число посещений;

P_n - плановое, нормативное число посещений;

- для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, оценивается коэффициент эффективного использования коечного фонда ($K_{\text{э}}$) на основе оценки рационального и целевого использования коечного фонда.

а) Показатель рационального использования коечного фонда оценивается как обеспечение нормативных показателей занятости койки при соблюдении нормативных сроков лечения

$$K_r = O_f : O_n, \text{ где:}$$

O_f - фактический оборот койки, как отношение фактической занятости койки (U_f) к фактическим срокам лечения (B_f)

O_n - нормативный оборот койки, как нормативная занятость койки (U_n) к нормативному сроку лечения (B_n)

$$K_r = \frac{O_f}{O_n} = \frac{U_f}{B_f} : \frac{U_n}{B_n}$$

б) Коэффициент целевого использования коечного фонда отражает занятость койки для обоснованной госпитализации стационарных больных, определяется экспертным путем и не может быть более 1.

$$K_s = \frac{U_s}{U_o}, \text{ где:}$$

K_s - коэффициент целевого использования коечного фонда,

U_s - количество больных, госпитализированных при наличии обоснованных показаний для стационарного лечения, оценивается экспертами иных больничных учреждений, страховых медицинских организаций и территориального фонда обязательного медицинского страхования

U_o - общее количество госпитализированных больных.

в) Коэффициент экономической эффективности использования коечного фонда ($K_э$) определяется как интегральный показатель, отражающий степень как рационального, так и целевого использования коечного фонда

$$K_э = K_r \times K_s$$

Экономический ущерб определяется по формуле:

$$Y = \Phi \times (1 - K_э), \text{ где:}$$

Y - экономический ущерб в рублях

Φ - сумма финансовых средств, затрачиваемых на содержание всего коечного фонда

$K_э$ - коэффициент экономической эффективности использования коечного фонда.

При отсутствии данных о нормативах деятельности стационара принимаются значения среднегодовой занятости койки - 340 дней, средних сроков лечения - 11,4 дней и оборота койки - 29,8 больных за год.

г) Определение коэффициентов финансовых затрат поликлиники (K_p) и стационара (K_c)

Для этого сумма фактических расходов поликлиники (Φ_p) и стационара (Φ_c) сравнивается с утвержденными суммами расходов по поликлинике (Π_p) и стационару (Π_c)

$$K_p = \frac{\Phi_p}{\Pi_p} \quad K_c = \frac{\Phi_c}{\Pi_c}$$

Эффективной следует считать деятельность поликлиники и стационара, если K_p и K_c ниже K_b и $K_э$.

Примеры: $K_b = 0,85$ и $K_p = 0,8$. Поликлиника работает эффективно, поскольку при финансовом обеспечении 80% функция врачебной должности выполняется на 85%;

$K_э = 0,7$ и $K_c = 0,9$. Стационар работает неэффективно, поскольку при финансовом обеспечении 90% коечный фонд используется лишь на 70%.

Краткий обзор Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2012 г. № 1355н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»

Договор заключается между *страховой медицинской организацией*, оплачивающей медицинские услуги, и *медицинской организацией*, оказывающей квалифицированную медицинскую помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

В приказе **определены права и обязанности сторон**, их ответственность за неисполнение условий договора, срок действия договора и порядок его расторжения.

Следует отметить, что при выявлении нарушений обязательств, установленных заключенным договором, страховая медицинская организация вправе не оплачивать (полностью или частично) затраты Организации на оказание медицинской помощи, требовать возврата средств или уплаты штрафа в страховую организацию.

Также страховая медицинская организация может предъявлять претензии и (или) иски к Организации в целях возмещения расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью и применять санкции в соответствии со статьями 31 и 41 Федерального закона от 29.11.2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Организация вправе обжаловать заключение страховой медицинской организации при наличии разногласий по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи при осуществлении ОМС в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Типовым договором предусмотрено право организации увеличить размер средств, указываемых в заявке на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи (далее - Заявка на авансирование), во II и III квартале года не более чем на 20% от размера, указанного в пункте 5.5 договора.

Следует обратить внимание на обязательство сторон Договора. Так, **страховая медицинская организация обязуется:**

- оплачивать медицинскую помощь застрахованным лицам с учетом тарифов на оплату медпомощи по ОМС, а также результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в течение трех дней после получения средств ОМС от территориального фонда ОМС;

- обеспечивать организацию информационными материалами и стендами с плакатами и информацией о правах граждан в сфере ОМС, видах и объемах предоставляемой медицинской помощи и т.д.

В числе обязательств медицинской организации можно отметить следующие:

- обеспечивать застрахованным лицам реализацию права на выбор медицинской организации и врача в соответствии с законодательством РФ;

- предоставлять застрахованным лицам сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, показателях доступности и качества медицинской помощи и информацию, получаемую от страховой медицинской организации о правах граждан в сфере ОМС;

- направлять в страховую медицинскую организацию в срок до десятого числа текущего месяца Заявку на авансирование в размере 55%-30% (в 2013-2015 гг. соответственно) от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи за последние 3 месяца, либо с периода начала действия договора (в случае периода действия договора менее 3 месяцев);

- предоставлять страховой медицинской организации в течение пяти рабочих дней месяца, следующего за отчетным, реестр счетов и счет на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;

- предоставлять страховой медицинской организации доступное для пациентов место для размещения информационных материалов о правах застрахованных лиц в сфере ОМС и т.д.

Договором предусмотрена и ***ответственность сторон за неисполнение обязательств.*** При этом ***страховая медицинская организация*** несет ответственность за: неоплату, неполную или несвоевременную оплату медицинской помощи, оказанной по настоящему договору, в виде уплаты Организации за счет собственных средств пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка РФ, действующей на день возникновения нарушения срока перечисления средств, от неперечисленных сумм за каждый день просрочки.

В приложениях к договору содержатся формы документов для отражения сведений об объемах медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования на соответствующий год и сведений о численности застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания амбулаторной медицинской помощи.

***Отдел экономической работы
и оплаты труда аппарата Профсоюза***

Зарегистрировано в Минюсте России 29 декабря 2012 г. № 26421

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ПРИКАЗ
от 24 декабря 2012 г. № 1355н

**Об утверждении формы типового договора
на оказание и оплату медицинской помощи
по обязательному медицинскому страхованию**

В соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2011, № 25, ст. 3529; № 49, ст. 7047, 7057; 2012, № 31, ст. 4322; № 49, ст. 6758) приказываю:

1. Утвердить прилагаемую форму типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 декабря 2010 г. № 1184н "Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 февраля 2011 г., регистрационный № 19714).

Министр

В.И.СКВОРЦОВА

Утвержден
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 декабря 2012 г. № 1355н

Форма

ТИПОВОЙ ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ И ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

"__" _____ 20__ г.

(место заключения договора)

Страховая медицинская организация _____
(наименование страховой
медицинской организации)

в лице _____,
(должность, фамилия, имя, отчество)
действующего на основании Устава, доверенности _____, лицензии
№ _____ от "__" _____ 20__ г., выданной _____
(наименование органа,
выдавшего лицензию)

в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, далее
именуемая страховой медицинской организацией, с одной стороны, и
медицинская организация _____,
(наименование медицинской организации)

включенная в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации
территориальной программы обязательного медицинского страхования, и
действующая на основании _____
(сведения, подтверждающие право на осуществление
медицинской деятельности)

_____, далее именуемая Организация, в
лице _____,
(должность, фамилия, имя, отчество)
действующего на основании _____,
(основания для заключения договора)

с другой стороны, далее именуемые Сторонами, в соответствии с
Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном
медицинском страховании в Российской Федерации" (Собрание законодательства
Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2011, № 25, ст. 3529; № 49, ст.
7047, ст. 7057; 2012, № 31, ст. 4322; № 49, ст. 6758) (далее – Федеральный
закон) заключили настоящий договор о нижеследующем:

I. Предмет договора

1. Организация обязуется оказать необходимую медицинскую помощь
застрахованному лицу в рамках территориальной программы обязательного
медицинского страхования, а страховая медицинская организация обязуется
оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной
программой обязательного медицинского страхования.

II. Права и обязанности Сторон

2. Страховая медицинская организация вправе:

2.1. получать от Организации сведения, необходимые для осуществления контроля за соблюдением требований к предоставлению медицинской помощи застрахованным лицам, информацию о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи и иные сведения в объеме и в порядке, определенных настоящим договором, осуществлять проверку их достоверности, обеспечивать их конфиденциальность и сохранность в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации;

2.2. при выявлении нарушений обязательств, установленных настоящим договором, не оплачивать или не полностью оплачивать затраты Организации на оказание медицинской помощи, требовать возврата средств в страховую медицинскую организацию и (или) уплаты Организацией штрафов;

2.3. предъявлять претензии и (или) иски к Организации в целях возмещения расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью в соответствии со статьей 31 Федерального закона и применять санкции в соответствии со статьей 41 Федерального закона.

3. Организация вправе:

3.1. получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании настоящего договора в соответствии с установленными тарифами;

3.2. обжаловать заключение страховой медицинской организации при наличии разногласий по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

3.3. увеличить размер средств, указываемых в заявке на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи (далее - Заявка на авансирование), во II и III квартале года не более чем на 20 % от размера, указанного в пункте 5.5 настоящего договора.

4. Страховая медицинская организация обязуется:

4.1. оплачивать медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в пределах объемов медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (приложение № 1 к настоящему договору), с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - тарифы), в течение трех рабочих дней после получения средств обязательного медицинского страхования от территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее - территориальный фонд) путем перечисления указанных средств на расчетный счет Организации на основании предъявленных Организацией счетов и реестров счетов, до ___ числа каждого месяца включительно;

4.2. до __ числа каждого месяца включительно направлять в Организацию аванс в размере суммы средств, указанной в Заявке на авансирование, полученной от Организации;

4.3. проводить контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам в Организации в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - порядок организации контроля), устанавливаемым Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее - Федеральный фонд) в соответствии с пунктом 2 части 3 статьи 39 Федерального закона, и передавать акты медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, содержащие результаты контроля, в Организацию в сроки, определенные порядком организации контроля;

4.4. обеспечивать Организацию информационным материалом (брошюрами, листовками, памятками) о правах граждан в сфере обязательного медицинского страхования, информационными стендами с плакатами и/или информацией о предоставляемых видах и объемах медицинской помощи, условиях ее получения в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования;

4.5. проводить ежемесячно, на 1 число месяца, следующего за отчетным, а также ежегодно по состоянию на конец финансового года сверку расчетов с Организацией, по результатам которой составляется акт о принятии к оплате счетов (реестров счетов) за оказанную медицинскую помощь, подтверждающий сумму окончательного расчета между сторонами и содержащий сведения, предусмотренные правилами обязательного медицинского страхования;

4.6. осуществлять информационный обмен сведениями о застрахованных лицах и оказанной им медицинской помощи в соответствии с общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными Федеральным фондом согласно пункту 8 части 8 статьи 33 Федерального закона;

4.7. выполнять иные обязанности, предусмотренные Федеральным законом и настоящим договором.

5. Организация обязуется:

5.1. обеспечить застрахованным лицам реализацию права на выбор медицинской организации и врача в соответствии с законодательством Российской Федерации;

5.2. бесплатно оказывать застрахованным лицам при наступлении страхового случая медицинскую помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, перечень видов которой содержится в сведениях, представляемых в соответствии с пунктом 5.15 настоящего договора;

5.3. предоставлять застрахованным лицам сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, показателях доступности и качества

медицинской помощи и информацию, получаемую от страховой медицинской организации в соответствии с пунктом 4.4 настоящего договора;

5.4. представлять страховой медицинской организации сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, изменении видов, объемов, плановых и фактических сроков оказания медицинской помощи в течение трех рабочих дней с даты изменения, о застрахованном лице и оказанной ему медицинской помощи, необходимые для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (медицинскую, учетно-отчетную документацию, результаты внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи при наличии), подписанные акты медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в сроки, определенные порядком организации контроля, а также показатели доступности и качества медицинской помощи, в том числе информацию о сроках ожидания медицинской помощи в Организации;

5.5. направлять в страховую медицинскую организацию в срок до десятого числа текущего месяца Заявку на авансирование в размере до ___ процентов <*> от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи за последние 3 месяца, либо с периода начала действия настоящего договора (в случае периода действия договора менее трех месяцев);

<*> Размер средств заявки на авансирование устанавливается: на 2013 год - не более 55%, на 2014 год - не более 40%, с 2015 года - не более 30% от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи.

5.6. представлять страховой медицинской организации в течение пяти рабочих дней месяца, следующего за отчетным, реестр счетов и счет на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;

5.7. представлять отчетность об использовании средств обязательного медицинского страхования, об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи и иную отчетность в порядке, устанавливаемым Федеральным фондом в соответствии со статьей 33 Федерального закона;

5.8. вести персонифицированный учет медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с Федеральным законом, и представлять страховой медицинской организации сведения, необходимые для исполнения настоящего договора;

5.9. предоставлять страховой медицинской организации доступное для пациентов место для размещения информационных материалов о правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования;

5.10. использовать средства обязательного медицинского страхования, полученные за оказанную медицинскую помощь в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования;

5.11. вести раздельный учет по операциям со средствами обязательного медицинского страхования;

5.12. проводить ежемесячно на 1 число месяца, следующего за отчетным, а также ежегодно по состоянию на конец финансового года сверку расчетов со страховой медицинской организацией, по результатам которой составляется акт о принятии к оплате оказанной медицинской помощи, подтверждающий сумму окончательного расчета между Сторонами и содержащий сведения, предусмотренные правилами обязательного медицинского страхования;

5.13. осуществлять информационный обмен сведениями о застрахованных лицах и оказанной им медицинской помощи в соответствии с общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными Федеральным фондом в соответствии с пунктом 8 части 8 статьи 33 Федерального закона;

5.14. представлять до __ числа каждого месяца включительно в электронном виде и (или) на бумажном носителе сведения в страховую медицинскую организацию о численности застрахованных лиц (приложение № 2 к настоящему договору) и списки застрахованных лиц (с указанием фамилии, имени, отчества (при наличии), даты рождения, номера полиса обязательного медицинского страхования), выбравших Организацию для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, информацию об изменении представленных ранее сведений, о возникших обстоятельствах, которые могут привести к нарушению требований стандартов медицинской помощи;

5.15. представить страховой медицинской организации в срок не позднее 1 рабочего дня после дня заключения настоящего договора сведения, подтверждающие право Организации на осуществление медицинской деятельности, заверенные в установленном порядке, перечень видов медицинской помощи, предоставляемых в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, сведения об условиях предоставления медицинской помощи застрахованным лицам и режиме работы Организации, показатели доступности и качества медицинской помощи, установленные для Организации, и другие документы, необходимые для выполнения настоящего договора;

5.16. предоставлять страховой медицинской организации сведения об оказании медицинской помощи застрахованному лицу, пострадавшему в результате противоправных действий (бездействия) третьих лиц, одновременно с предоставлением счетов за оказанную медицинскую помощь;

5.17. выполнять иные обязанности, предусмотренные Федеральным законом и настоящим договором.

III. Ответственность сторон

6. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии законодательством Российской Федерации.

7. Страховая медицинская организация несет ответственность за:

7.1. неоплату, неполную или несвоевременную оплату медицинской

помощи, оказанной по настоящему договору, в виде уплаты Организации за счет собственных средств пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день возникновения нарушения срока перечисления средств, от неперечисленных сумм за каждый день просрочки.

Уплата пени не освобождает страховую медицинскую организацию от оплаты медицинской помощи в соответствии с условиями настоящего договора;

7.2. необеспечение сохранности и конфиденциальности предоставляемой информации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы.

IV. Срок действия договора и порядок его расторжения

9. Настоящий договор вступает в силу со дня подписания его сторонами и действует по 31 декабря года, в котором он был заключен.

10. Действие настоящего договора продлевается на следующий календарный год, если ни одна из сторон не заявит о его прекращении за тридцать дней до его окончания.

11. Страховая медицинская организация и Организация не вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего договора.

12. Настоящий договор может быть расторгнут по соглашению сторон, совершенному в письменной форме.

13. Настоящий договор расторгается в одностороннем порядке:

при ликвидации одной из сторон;

при приостановлении, ограничении, отзыве либо прекращении действия лицензии у страховой медицинской организации;

при утрате Организацией права на осуществление медицинской деятельности;

при исключении Организации и (или) страховой медицинской организации из реестров медицинских организаций, страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

14. О намерении досрочного расторжения договора страховая медицинская организация уведомляет Организацию за три месяца до предполагаемой даты расторжения договора.

15. При расторжении настоящего договора стороны производят окончательный расчет в течение десяти дней после прекращения действия договора, при этом ликвидируют взаимную дебиторскую и кредиторскую задолженность, о чем составляют соответствующий акт, копия которого в течение одного дня направляется страховой медицинской организацией в территориальный фонд.

V. Прочие условия

16. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу. Один экземпляр находится у страховой медицинской организации, другой - у Организации.

17. Все уведомления и сообщения, направляемые сторонами в связи с исполнением настоящего договора, должны быть сделаны в письменной форме.

18. Стороны обязуются незамедлительно извещать друг друга об изменениях своих адресов и реквизитов.

19. Стороны обязуются принимать необходимые организационные и технические меры для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий. В случае если одна из Сторон поручает обработку персональных данных третьим лицам, на нее возлагается обязанность обеспечения указанными лицами конфиденциальности персональных данных и безопасности персональных данных при их обработке.

VI. Реквизиты сторон:

Страховая медицинская организация:
ИНН/КПП _____/
Адрес (место) нахождения
юридического лица: _____
Банковские реквизиты: _____
БИК _____

Организация:
ИНН/КПП _____/
Адрес (место) нахождения
юридического лица: _____
Банковские реквизиты: _____
БИК _____

VII. Подписи сторон

Страховая медицинская организация:

М.П.

"__" _____ 20__ г.

Организация:

М.П.

"__" _____ 20__ г.

Приложение № 1
к типовому договору на оказание
и оплату медицинской помощи
по обязательному медицинскому
страхованию, утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24.12.2012 № 1355Н

Объемы медицинской помощи по территориальной программе
обязательного медицинского страхования на ____ год. <*>

_____ (наименование медицинской организации)
_____ (наименование страховой медицинской организации)

КонсультантПлюс: примечание.

Нумерация граф в таблице дана в соответствии с официальным текстом документа.

Виды медицинской помощи	№ строки	Единица измерения	Всего на год	Объемы медицинской помощи:								Всего на год	Стоимость территориальной программы по источникам ее финансирования, руб.		
				январь - март	апрель - июнь	июль - сентябрь	октябрь - декабрь	январь - март	апрель - июнь	июль - сентябрь	октябрь - декабрь				
А	1	2	4	5	6	7	8					9	10	11	12
Медицинская помощь в рамках территориальной программы ОМС	1														
- скорая медицинская помощь (сумма строк 7 + 12 + 17)	2	вызов													
- амбулаторная помощь (сумма строк 8 + 13 + 18), в т.ч.:	3	посещение													

Приложение № 2
к типовому договору на оказание
и оплату медицинской помощи
по обязательному медицинскому
страхованию, утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24.12.2012 № 1355н

Сведения о численности лиц, застрахованных
в _____,
(название страховой медицинской организации)
выбравших Организацию для оказания амбулаторной
медицинской помощи на 01.__.20__

(чел.)

№	Число застрахованных лиц	В том числе по группам застрахованных лиц							
		дети				трудоспособный возраст		пенсионеры	
		0 - 4 года		5 - 17 лет		18 - 59 лет	18 - 54 лет	60 лет и старше	55 лет и старше
		муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.

Краткий обзор постановления Правительства РФ от 12.11.2012 г. № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности»

Данное постановление подготовлено Министерством здравоохранения Российской Федерации во исполнение Федерального закона от 21.11.2012 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (часть 3 статьи 88). Указанным Федеральным законом определено, что порядок организации и проведения государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности устанавливается Правительством Российской Федерации.

В принятом постановлении предусматривается, что государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется *путем проведения проверок* соблюдения органами государственной власти РФ, органами местного самоуправления, государственными внебюджетными фондами, медицинскими и фармацевтическими организациями *прав граждан в сфере охраны здоровья, в частности, порядков и стандартов оказания медицинской помощи населению (в части требований к организации деятельности организаций, индивидуальных предпринимателей, стандартов оснащения, рекомендуемых штатных нормативов и др.), качества проведения различных медицинских экспертиз (осмотров и освидетельствований), соблюдения выполнения требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожение) и пр.*

Объектом проверки является также соблюдение медработниками ограничений при осуществлении профессиональной деятельности в соответствии с федеральным законодательством.

В принятом нормативном акте определены органы государственной власти, осуществляющие контроль, а также прописаны права проверяющих, например, они могут снимать копии с необходимых документов, производить фото- и видеосъемку процесса осмотра или обследования, привлекать для проработки вопросов в сфере охраны здоровья граждан научные или иные организации, ученых и специалистов, беспрепятственно получать доступ на территорию проверяемых организаций или индивидуальных предпринимателей либо в используемые ими при осуществлении медицинской (фармацевтической) деятельности здания, строения, помещения.

Решения и предписания, принятые в процессе осуществления госконтроля и затрагивающие интересы неопределенного круга лиц, размещаются на официальном сайте контролирующего органа в информационно-телекоммуникационной сети «интернет».

Решения и действия (бездействие) должностных лиц органов государственного контроля могут быть обжалованы в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Одной из форм государственного контроля является *осуществление лицензирования медицинской деятельности*.

Постановлением также установлено, что государственный контроль в части проведения проверок соблюдения безопасных условий труда организациями и индивидуальными предпринимателями в сфере охраны здоровья осуществляется Рострудом в установленном порядке в рамках федерального надзора за соблюдением трудового законодательства и иных нормативных правовых актов.

Реализация предусмотренных постановлением полномочий федеральных органов исполнительной власти в области государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности будет осуществляться в пределах установленной Правительством РФ предельной численности работников, а также бюджетных ассигнований, предусмотренных им в федеральном бюджете на соответствующий финансовый год.

Понимание профсоюзными работниками вопросов организации контроля качества оказываемых медицинских услуг, особенностей договорных отношений страховых медицинских организаций и учреждений здравоохранения позволят им с пониманием участвовать в решении вопросов защиты прав и интересов в возникающих спорных случаях.

*Отдел экономической работы
и оплаты труда аппарата Профсоюза*

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 12 ноября 2012 г. № 1152
МОСКВА

Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности

В соответствии со статьей 88 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" Правительство Российской Федерации постановляет:

Утвердить прилагаемое Положение о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности.

Председатель Правительства
Российской Федерации

Д. МЕДВЕДЕВ

Утверждено
постановлением Правительства
Российской Федерации
от 12 ноября 2012 г. № 1152

ПОЛОЖЕНИЕ О ГОСУДАРСТВЕННОМ КОНТРОЛЕ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Настоящее Положение определяет порядок организации и проведения государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее - государственный контроль).

2. Задачами государственного контроля являются предупреждение, выявление и пресечение нарушения органами государственной власти и органами местного самоуправления, государственными внебюджетными фондами, а также осуществляющими медицинскую и фармацевтическую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (далее - обязательные требования), и принятие предусмотренных законодательством Российской Федерации мер по пресечению и (или) устранению последствий нарушения обязательных требований.

3. Государственный контроль осуществляется путем:

а) проведения проверок соблюдения органами государственной власти и органами местного самоуправления, государственными внебюджетными фондами, а также осуществляющими медицинскую и фармацевтическую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями прав граждан в сфере охраны здоровья граждан;

б) осуществления лицензирования медицинской деятельности;

в) проведения проверок соблюдения осуществляющими медицинскую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

г) проведения проверок соблюдения осуществляющими медицинскую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями порядков проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;

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

е) проведения проверок соблюдения медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций, фармацевтическими работниками и руководителями аптечных организаций ограничений, применяемых к указанным лицам при осуществлении профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

ж) проведения проверок организации и осуществления:

федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации предусмотренного статьей 89 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности подведомственных им органов и организаций;

федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления, осуществляющими полномочия в сфере охраны здоровья граждан, а также осуществляющими медицинскую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями предусмотренного статьей 90 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

4. Государственный контроль осуществляется следующими органами государственного контроля:

а) в части проведения проверок, предусмотренных подпунктами "а", "в", "г", "е" и "ж" пункта 3 настоящего Положения, - Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения;

б) в части лицензирования медицинской деятельности, предусмотренного подпунктом "б" пункта 3 настоящего Положения, - Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с Положением о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково"), утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291;

в) в части проведения предусмотренных подпунктом "д" пункта 3 настоящего Положения проверок соблюдения осуществляющими медицинскую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями:

безопасных условий труда - Федеральной службой по труду и занятости в установленном порядке в рамках федерального государственного надзора за соблюдением трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права;

требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению) - Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения в установленном порядке в рамках государственного контроля за обращением медицинских изделий.

5. При осуществлении государственного контроля не допускается проведение в отношении одного юридического лица или индивидуального предпринимателя различными органами государственного контроля проверок соблюдения одних и тех же обязательных требований.

6. Государственный контроль в части проведения проверок, предусмотренных подпунктами "а", "в", "г", "е" и "ж" пункта 3 настоящего

Положения, осуществляется следующими должностными лицами Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальных органов:

а) руководитель Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, его заместители;

б) руководители структурных подразделений Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, их заместители, должностными регламентами которых предусмотрены полномочия по осуществлению государственного контроля;

в) иные государственные гражданские служащие Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, должностными регламентами которых предусмотрены полномочия по осуществлению государственного контроля;

г) руководитель территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, его заместители;

д) руководители структурных подразделений территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, их заместители, должностными регламентами которых предусмотрены полномочия по осуществлению государственного контроля;

е) иные государственные гражданские служащие территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, должностными регламентами которых предусмотрены полномочия по осуществлению государственного контроля.

7. К отношениям, связанным с осуществлением государственного контроля, организацией и проведением проверок соответствующих юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, применяются положения Федерального закона "О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля" и Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

8. Сроки и последовательность выполнения административных процедур при осуществлении государственного контроля устанавливаются административными регламентами исполнения государственных функций, разрабатываемыми и утверждаемыми в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 16 мая 2011 г. № 373.

9. Государственный контроль осуществляется посредством плановых и внеплановых документарных и (или) выездных проверок в порядке, предусмотренном Федеральным законом "О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля".

10. В отношении юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих отдельные виды деятельности в сфере здравоохранения, плановые проверки проводятся с периодичностью, установленной Правительством Российской Федерации.

11. При проведении проверок, предусмотренных подпунктом "а" пункта 3 настоящего Положения, осуществляются следующие мероприятия:

а) рассмотрение документов и материалов, характеризующих деятельность

проверяемых органов, организаций и индивидуальных предпринимателей по соблюдению прав граждан в сфере охраны здоровья граждан;

б) рассмотрение документов и материалов, характеризующих организацию работы по рассмотрению обращений граждан;

в) оценка соблюдения требований законодательства Российской Федерации к размещению и содержанию информации об осуществляемой деятельности в сфере охраны здоровья граждан;

г) экспертиза качества медицинской помощи, оказанной пациенту.

12. При проведении проверок, предусмотренных подпунктом "в" пункта 3 настоящего Положения, осуществляются следующие мероприятия:

а) рассмотрение документов и материалов, характеризующих организацию работы и оказание медицинской помощи в соответствии с требованиями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

б) рассмотрение и анализ жалоб граждан, связанных с оказанием им медицинской помощи, в том числе содержащих сведения о непредоставлении информации о возможности оказания медицинских услуг, наличии лекарственных препаратов и медицинских изделий, включенных в стандарт медицинской помощи;

в) осмотр используемых при осуществлении медицинской деятельности зданий, строений, сооружений, помещений и территорий;

г) оценка соблюдения порядков оказания медицинской помощи, в том числе в части:

требований к организации деятельности организаций (их структурных подразделений, врачей), индивидуальных предпринимателей;

стандартов оснащения;

рекомендуемых штатных нормативов;

д) оценка соблюдения стандартов медицинской помощи, в том числе в части:

обоснованности назначения медицинских услуг, имеющих усредненную частоту предоставления менее 1, а также полноты выполнения медицинских услуг с усредненной частотой предоставления 1;

обоснованности и полноты назначения лекарственных препаратов, имплантируемых в организм человека медицинских изделий, компонентов крови, лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания;

е) экспертиза качества медицинской помощи, оказанной пациенту.

13. При проведении проверок, предусмотренных подпунктом "г" пункта 3 настоящего Положения, осуществляются следующие мероприятия:

а) рассмотрение документов и материалов, характеризующих организацию и проведение медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;

б) оценка соблюдения:

порядков проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, в том числе содержащих перечни осмотров врачей-специалистов и медицинских исследований;

правил внесения записей в медицинскую документацию при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, а также оформления их результатов.

14. При проведении проверок, предусмотренных подпунктом "е" пункта 3 настоящего Положения, осуществляются следующие мероприятия:

а) рассмотрение документов и материалов, характеризующих организацию работы, направленной на соблюдение ограничений, установленных статьей 74 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", в том числе рассмотрение:

договоров о проведении клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий, а также об осуществлении медицинским работником педагогической и (или) научной деятельности;

договоров о поставках лекарственных препаратов, медицинских изделий на предмет наличия в них условий о назначении или рекомендации пациентам либо о предложении населению определенных лекарственных препаратов, медицинских изделий;

утвержденного администрацией организации, индивидуальным предпринимателем, которые осуществляют медицинскую деятельность, порядка участия представителей организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов, медицинских изделий, организаций, обладающих правами на использование торгового наименования лекарственного препарата, организаций оптовой торговли лекарственными средствами, аптечных организаций (их представителей, иных физических и юридических лиц, осуществляющих свою деятельность от имени этих организаций) (далее соответственно - компания, представитель компании) в собраниях медицинских работников и иных мероприятиях, связанных с повышением их профессионального уровня или предоставлением информации, предусмотренной частью 3 статьи 64 Федерального закона "Об обращении лекарственных средств" и частью 3 статьи 96 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

б) осмотр помещений на предмет наличия бланков, содержащих информацию рекламного характера, рецептурных бланков, на которых заранее напечатано наименование лекарственного препарата, медицинского изделия, а также образцов лекарственных препаратов и медицинских изделий для вручения пациентам;

в) оценка выявленных случаев несоблюдения ограничений, установленных статьей 74 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

г) анализ:

организации работы по информированию медицинских работников, фармацевтических работников, компаний, представителей компаний и граждан об установленных запретах на совершение определенных действий и ответственности за их совершение;

обращений граждан, содержащих сведения о предоставлении

недостовой, неполной или искаженной информации об используемых при назначении курса лечения лекарственных препаратах, о медицинских изделиях, включая сокрытие сведений о наличии в обращении аналогичных лекарственных препаратов, медицинских изделий, либо о наличии в аптечной организации лекарственных препаратов, имеющих одинаковое международное непатентованное наименование, медицинских изделий, включая сокрытие информации о наличии лекарственных препаратов и медицинских изделий, имеющих более низкую цену.

15. При проведении проверок, предусмотренных подпунктом "ж" пункта 3 настоящего Положения, осуществляются следующие мероприятия:

а) рассмотрение документов и материалов, характеризующих организацию ведомственного и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в том числе рассмотрение:

актов федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, регулирующих правила осуществления ими ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности подведомственных им органов и организаций;

порядка проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, утвержденного руководителями федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления, осуществляющих полномочия в сфере охраны здоровья граждан, а также осуществляющих медицинскую деятельность организаций и индивидуальными предпринимателями;

б) оценка:

соблюдения установленного порядка проведения ведомственного и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

соблюдения порядка оформления результатов ведомственного и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

обоснованности мер, принимаемых по результатам проведения ведомственного и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

в) анализ эффективности проводимого ведомственного и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

16. При проведении соответствующих проверок должностные лица органа государственного контроля при предъявлении ими служебных удостоверений и приказа руководителя органа государственного контроля или его заместителя о проведении проверки имеют право:

а) запрашивать и получать сведения, необходимые для принятия решения по вопросам, отнесенным к компетенции органа государственного контроля;

б) привлекать в установленном порядке для проработки вопросов в сфере охраны здоровья граждан научные и иные организации, ученых и специалистов;

в) беспрепятственно получать доступ на территорию проверяемых организаций или индивидуальных предпринимателей либо в используемые ими

при осуществлении медицинской (фармацевтической) деятельности здания, строения, сооружения и помещения, а также к используемым ими оборудованию, подобным объектам и транспортным средствам. При воспрепятствовании доступу должностных лиц, проводящих проверку, на территорию или в помещение проверяемых организаций и индивидуальных предпринимателей этими должностными лицами составляется акт в порядке, установленном органом государственного контроля;

г) осуществлять с оформлением соответствующих протоколов отбор проб и образцов материалов и организовывать проведение необходимых исследований, испытаний, экспертиз, анализов и оценок, в том числе экспертиз качества медицинской помощи;

д) снимать копии с документов, необходимых для проведения государственного контроля, в установленном законодательством Российской Федерации порядке, а также производить в необходимых случаях фото- и видеосъемку при осуществлении осмотра и обследования;

е) применять предусмотренные законодательством Российской Федерации меры ограничительного, предупредительного и профилактического характера, направленные на недопущение и (или) ликвидацию последствий нарушения обязательных требований в соответствии с установленными полномочиями органа государственного контроля;

ж) давать юридическим и физическим лицам разъяснения по вопросам, отнесенным к компетенции органа государственного контроля.

17. По результатам проверки органом государственного контроля составляется соответствующий акт. Орган государственного контроля размещает на своем официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" решения и предписания, принятые в процессе осуществления государственного контроля и затрагивающие интересы неопределенного круга лиц.

18. Решения и действия (бездействие) должностных лиц органов государственного контроля могут быть обжалованы в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Краткий обзор «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006

Новые правила предоставления платных медицинских услуг утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006 и призваны навести порядок в уже существующих финансовых отношениях между медицинскими учреждениями и пациентами.

Принятые правила распространяются на все медицинские организации:

- 1) юридические лица любой организационно-правовой формы, осуществляющие медицинскую деятельность в качестве основного вида деятельности и имеющие соответствующую лицензию;
- 2) юридические лица, осуществляющие медицинскую деятельность наряду с основной деятельностью;
- 3) индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

Для настоящих правил используется следующее *основное понятие* «**платные медицинские услуги** - это медуслуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в т.ч. договоров добровольного медицинского страхования». Введены *новые понятия* – «потребитель», «исполнитель», «заказчик» медицинских услуг.

Таким образом, *в правовую базу*, регулирующую предоставление платных медицинских услуг, *входят следующие документы*:

- *Федеральный закон от 08.05.2010 года № 83-ФЗ* «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений»;
- *Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ* «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- *Федеральный закон от 27.11.1992 г. № 4015-1* «Об организации страхового дела в Российской Федерации» (в редакции федеральных законов от 30.11.2011 г. № 362-ФЗ);
- *Федеральный закон от 21.07.2005 г. № 115-ФЗ* «О концессионных соглашениях»;
- *Федеральный закон от 07.02.1992 г. № 2300-1* «О защите прав потребителей»;
- *Федеральный закон от 29.11.2010 года № 326-ФЗ* «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

- *постановление Правительства РФ от 10.11.2011 № 917* «Об утверждении перечня видов образовательной и медицинской деятельности, осуществляемой организациями, для применения налоговой ставки 0% по налогу на прибыль организации»;

- *постановление Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006* «Правила предоставления медицинскими организациями платных услуг»;

- *постановление Правительства РФ от 22 октября 2012 г. № 1074* «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи за 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов».

В новых правилах можно отметить главную особенность – в соответствии со статьей 84 Основ охраны здоровья граждан в Российской Федерации (Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2012 г.) дано более четкое разграничение порядка и условий предоставления платных медицинских услуг и медицинской помощи, оказываемой бесплатно в рамках обязательного медицинского страхования и территориальных программ госгарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи.

В постановлении установлена четкая **обязанность медицинской организации о предоставлении полной информации на информационных стендах и интернет-сайте** о порядке и условиях оказания медпомощи в соответствии с Программой госгарантий и территориальной программой с указанием наименования и адреса юридического лица или индивидуального предпринимателя, а также данных о внесении учреждения (клиники), предпринимателя в единый государственный реестр с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию. Необходимо указывать наличие и номер лицензии, перечень работ и услуг с указанием цен в рублях и порядок оплаты, режим работы медицинской организации с указанием сведений о медработниках, оказывающих платные медуслуги.

Согласно документу **вопрос ценообразования** на медицинские услуги **решается самостоятельно учредителями медицинских организаций**, являющихся бюджетными и казенными государственными (муниципальными) учреждениями. Медицинские организации иных организационно-правовых форм и автономные учреждения определяют цены самостоятельно.

В соответствии с федеральным законодательством (ст.84,ч.3,4 Закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») и новыми правилами при предоставлении платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки и стандарты оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации. В то же время, по просьбе потребителя, платные медицинские услуги могут предоставляться в виде отдельных медицинских вмешательств или консультаций, а также в объеме, превышающем стандарты. Качество предоставленных услуг должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида. Должны соблюдаться установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации.

Более детально прописаны требования *к порядку заключения договора* между исполнителем и потребителем (заказчиком) о предоставлении платных услуг и их оплаты. Данная норма представляется важной в плане защиты прав не только потребителей, но и учреждений и медицинских работников, в т.ч. при возможных спорных случаях. Договор заключается в 3-х экземплярах (для исполнителя, заказчика и потребителя) или в 2-х экземплярах (для потребителя и исполнителя, если нет заказчика). В Правилах установлена ответственность исполнителя за ненадлежащее исполнение обязательств по договору в соответствии с Законом РФ «Об организации страхового дела».

На оказание платных медицинских услуг может быть составлена смета. Ее составление по требованию потребителя (заказчика) или исполнителя обязательно и является неотъемлемой частью договора. Без согласия потребителя (заказчика) исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

При экстренных случаях платному пациенту услуги должны быть оказаны на безвозмездной основе в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Исполнителем после исполнения договора выдаются копии медицинских документов и выписки из них.

Новые правила предоставления платных медицинских услуг вступили в силу с 1 января 2013 года и заменяют ранее действующий порядок, предусмотренный постановлением Правительства РФ от 13.01.1996 г. № 27. Новые правила должны обеспечить права граждан при получении платных услуг, позволят разграничить порядок и условия предоставления платных и бесплатных услуг, оказываемых в рамках программы госгарантий оказания медпомощи населению Российской Федерации.

Контроль за соблюдением настоящих Правил осуществляет Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в рамках установленных полномочий.

*Отдел экономической работы
и оплаты труда аппарата Профсоюза*

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 4 октября 2012 г. № 1006
МОСКВА

Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг

В соответствии с частью 7 статьи 84 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и статьей 39.1 Закона Российской Федерации "О защите прав потребителей" Правительство Российской Федерации постановляет:

1. Утвердить прилагаемые Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

2. Признать утратившим силу постановление Правительства Российской Федерации от 13 января 1996 г. № 27 "Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, № 3, ст. 194).

3. Настоящее постановление вступает в силу с 1 января 2013 г.

Председатель Правительства
Российской Федерации

Д. МЕДВЕДЕВ

Утверждены
постановлением Правительства
Российской Федерации
от 4 октября 2012 г. № 1006

ПРАВИЛА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

I. Общие положения

1. Настоящие Правила определяют порядок и условия предоставления медицинскими организациями гражданам платных медицинских услуг.

2. Для целей настоящих Правил используются следующие основные понятия:

"платные медицинские услуги" - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее - договор);

"потребитель" - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

"заказчик" - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

"исполнитель" - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям.

Понятие "медицинская организация" употребляется в настоящих Правилах в значении, определенном в Федеральном законе "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

3. Платные медицинские услуги предоставляются медицинскими организациями на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной в установленном порядке.

4. Требования к платным медицинским услугам, в том числе к их объему и срокам оказания, определяются по соглашению сторон договора, если федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации не предусмотрены другие требования.

5. Настоящие Правила в наглядной и доступной форме доводятся исполнителем до сведения потребителя (заказчика).

II. Условия предоставления платных медицинских услуг

6. При заключении договора потребителю (заказчику) предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - соответственно программа, территориальная программа).

Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

7. Медицинские организации, участвующие в реализации программы и территориальной программы, имеют право предоставлять платные медицинские услуги:

а) на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами, по желанию потребителя (заказчика), включая в том числе:

установление индивидуального поста медицинского наблюдения при лечении в условиях стационара;

применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, а также применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных стандартами медицинской помощи;

б) при предоставлении медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

в) гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

г) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", и случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме.

8. Порядок определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые медицинскими организациями, являющимися бюджетными и казенными государственными (муниципальными) учреждениями,

устанавливается органами, осуществляющими функции и полномочия учредителей.

Медицинские организации иных организационно-правовых форм определяют цены (тарифы) на предоставляемые платные медицинские услуги самостоятельно.

9. При предоставлении платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

10. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

III. Информация об исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах

11. Исполнитель обязан предоставить посредством размещения на сайте медицинской организации в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", а также на информационных стендах (стойках) медицинской организации информацию, содержащую следующие сведения:

а) для юридического лица - наименование и фирменное наименование (если имеется);

для индивидуального предпринимателя - фамилия, имя и отчество (если имеется);

б) адрес места нахождения юридического лица, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

адрес места жительства и адрес места осуществления медицинской деятельности индивидуального предпринимателя, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

в) сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа);

г) перечень платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;

д) порядок и условия предоставления медицинской помощи в соответствии с программой и территориальной программой;

е) сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;

ж) режим работы медицинской организации, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

з) адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

12. Информация, размещенная на информационных стендах (стойках), должна быть доступна неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени медицинской организации, предоставляющей платные медицинские услуги. Информационные стенды (стойки) располагаются в доступном для посетителей месте и оформляются таким образом, чтобы можно было свободно ознакомиться с размещенной на них информацией.

13. Исполнитель предоставляет для ознакомления по требованию потребителя и (или) заказчика:

а) копию учредительного документа медицинской организации - юридического лица, положение о ее филиале (отделении, другом территориально обособленном структурном подразделении), участвующем в предоставлении платных медицинских услуг, либо копию свидетельства о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя;

б) копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией.

14. При заключении договора по требованию потребителя и (или) заказчика им должна предоставляться в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

а) порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

б) информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

в) информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

г) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

15. До заключения договора исполнитель в письменной форме уведомляет потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут

снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

IV. Порядок заключения договора и оплаты медицинских услуг

16. Договор заключается потребителем (заказчиком) и исполнителем в письменной форме.

17. Договор должен содержать:

а) сведения об исполнителе:

наименование и фирменное наименование (если имеется) медицинской организации - юридического лица, адрес места нахождения, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

фамилия, имя и отчество (если имеется) индивидуального предпринимателя, адрес места жительства и адрес места осуществления медицинской деятельности, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа;

б) фамилию, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон потребителя (законного представителя потребителя);

фамилию, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон заказчика - физического лица;

наименование и адрес места нахождения заказчика - юридического лица;

в) перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором;

г) стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты;

д) условия и сроки предоставления платных медицинских услуг;

е) должность, фамилию, имя, отчество (если имеется) лица, заключающего договор от имени исполнителя, и его подпись, фамилию, имя, отчество (если имеется) потребителя (заказчика) и его подпись. В случае если заказчик является юридическим лицом, указывается должность лица, заключающего договор от имени заказчика;

ж) ответственность сторон за невыполнение условий договора;

з) порядок изменения и расторжения договора;

и) иные условия, определяемые по соглашению сторон.

18. Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй - у заказчика, третий - у потребителя. В случае если

договор заключается потребителем и исполнителем, он составляется в 2 экземплярах.

19. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета. Ее составление по требованию потребителя (заказчика) или исполнителя является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью договора.

20. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом потребителя (заказчика).

Без согласия потребителя (заказчика) исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

21. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

22. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует потребителя (заказчика) о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом потребитель (заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

23. Потребитель (заказчик) обязан оплатить предоставленную исполнителем медицинскую услугу в сроки и в порядке, которые определены договором.

24. Потребителю (заказчику) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

25. Исполнителем после исполнения договора выдаются потребителю (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

26. Заключение договора добровольного медицинского страхования и оплата медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с указанным договором, осуществляются в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации и Законом Российской Федерации "Об организации страхового дела в Российской Федерации".

V. Порядок предоставления платных медицинских услуг

27. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

В случае если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.

28. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

29. Исполнитель предоставляет потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

30. Исполнитель обязан при оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

VI. Ответственность исполнителя и контроль за предоставлением платных медицинских услуг

31. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

32. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

33. Контроль за соблюдением настоящих Правил осуществляет Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в рамках установленных полномочий.

Краткий обзор Федерального закона от 01.12.2012 № 213-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ)

Федеральный закон от 29.11.2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» дополнен некоторыми положениями, предусматривающими основания и процедуру изъятия по решению Правительства РФ указанных в документе полномочий, в случае неисполнения или ненадлежащего их исполнения органами государственной власти субъекта РФ (ст. 7.1).

Кроме того, скорректированы положения названного Закона в части, касающейся:

- порядка выбора (замены) страховой медицинской организации (так, установлено, что заявление о выборе страховой медицинской организации можно представить не только в выбранную страховую организацию, но и иные организации в соответствии с правилами ОМС (ст.16);

- полномочий ФФОМС (в т.ч. Фонду предписано осуществлять выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов в рамках базовой программы ОМС, а также принимать решения об образовании координационных органов Федерального фонда, утверждать их состав и порядок деятельности);

- финансирования программ и мероприятий по модернизации здравоохранения;

- осуществления в 2013 году единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в возрасте до 35 лет, после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования переехавшим на работу в сельскую местность.

Изменения коснулись и ст. 30, ч.2 (***тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС) в части участия в тарифном соглашении медицинских профессиональных некоммерческих организаций и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций),*** включенных в состав комиссии, создаваемой в субъекте Российской Федерации в соответствии с ч.9 ст.36 настоящего Федерального закона.

Кроме того, ст.36 (п.9) претерпела изменения, которыми конкретизировано ***участие отраслевого Профсоюза*** в Комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

***Отдел экономической работы
и оплаты труда аппарата Профсоюза***

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН

О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

Принят Государственной Думой
Одобен Советом Федерации

16 ноября 2012 года
21 ноября 2012 года

Статья 1

Внести в Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2011, № 49, ст. 7047; 2012, № 31, ст. 4322) следующие изменения:

1) в части 1 статьи 2 слова "Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" заменить словами "Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

2) в пункте 8 части 1 статьи 7 слова "Правительством Российской Федерации" заменить словами "статьей 7.1 настоящего Федерального закона";

3) дополнить статьей 7.1 следующего содержания:

"Статья 7.1. Порядок изъятия полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, переданных для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации

1. Полномочия Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, переданные для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с частью 1 статьи 6 настоящего Федерального закона, могут быть изъяты Правительством Российской Федерации в случае их неисполнения органами государственной власти субъектов Российской Федерации, выявленного уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и (или) Федеральным фондом при осуществлении ими контроля и надзора за осуществлением переданных полномочий.

2. Уполномоченный федеральный орган исполнительной власти в течение 20 рабочих дней со дня выявления указанных в части 1 настоящей статьи нарушений или получения от Федерального фонда информации о выявленных им таких нарушениях направляет высшему должностному лицу субъекта Российской Федерации (руководителю высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации) предписание,

содержащее описание выявленных нарушений, срок для их устранения и срок для уведомления уполномоченного федерального органа исполнительной власти и Федерального фонда о принятом по предписанию решении.

3. Высшее должностное лицо субъекта Российской Федерации (руководитель высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации) в указанный в предписании срок уведомляет уполномоченный федеральный орган исполнительной власти и Федеральный фонд о принятом по предписанию решении, в том числе о мерах по устранению выявленных нарушений в установленный в предписании срок.

4. В случае неисполнения или исполнения не в полном объеме предписания уполномоченный федеральный орган исполнительной власти в течение 20 рабочих дней со дня окончания указанного в предписании срока для устранения выявленных нарушений направляет повторное предписание высшему должностному лицу субъекта Российской Федерации (руководителю высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации), а также предложение об отстранении от должности соответствующих должностных лиц органов государственной власти субъекта Российской Федерации и (или) территориального фонда. Высшее должностное лицо субъекта Российской Федерации (руководитель высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации) в указанный в повторном предписании срок уведомляет уполномоченный федеральный орган исполнительной власти и Федеральный фонд о принятом решении, в том числе о мерах по устранению выявленных нарушений в установленный срок и о результате рассмотрения предложения уполномоченного федерального органа исполнительной власти об отстранении от должности соответствующих должностных лиц органов государственной власти субъекта Российской Федерации и (или) территориального фонда.

5. В случае неисполнения или исполнения не в полном объеме повторного предписания уполномоченный федеральный орган исполнительной власти в течение 20 рабочих дней со дня окончания указанного в повторном предписании срока вносит в Правительство Российской Федерации предложение об изъятии у органов государственной власти субъекта Российской Федерации переданных полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования.

6. Полномочия Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, установленные пунктом 1 части 1 статьи 6 настоящего Федерального закона, изъятые у органов государственной власти субъектов Российской Федерации, осуществляются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, а полномочия, установленные пунктами 2 - 9 части 1 статьи 6 настоящего Федерального закона, изъятые у органов государственной власти субъектов Российской Федерации, осуществляются Федеральным фондом и (или) территориальным фондом в соответствии с решением Федерального фонда.

7. Со дня вступления в силу решения Правительства Российской Федерации об изъятии соответствующих полномочий у органов государственной власти субъектов Российской Федерации субвенции из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов не предоставляются, а предоставленные и не использованные до дня вступления в силу указанного решения субвенции подлежат возврату в бюджет Федерального фонда.";

4) часть 4 статьи 15 дополнить предложением следующего содержания: "Медицинская организация, включенная в реестр медицинских организаций, направившая в территориальный фонд уведомление об исключении из реестра медицинских организаций до заключения договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, исключается территориальным фондом из реестра медицинских организаций на следующий рабочий день после дня получения территориальным фондом указанного уведомления.";

5) в статье 16:

а) пункт 3 части 2 после слова "отчества," дополнить словами "данных документа, удостоверяющего личность,";

б) в части 4 слово "обращения" заменить словами "подачи заявления";

в) в части 5 первое предложение изложить в следующей редакции: "Для выбора или замены страховой медицинской организации застрахованное лицо лично или через своего представителя обращается с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации непосредственно в выбранную им страховую медицинскую организацию или иные организации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования.", во втором предложении слова "страховой медицинской организацией" исключить;

г) в части 6 первое предложение после слов "полисов обязательного медицинского страхования," дополнить словами "а также не осуществивших замену страховой медицинской организации в случае прекращения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии страховой медицинской организации,"; второе предложение после слов "не обратившихся в страховую медицинскую организацию," дополнить словами "а также не осуществивших замену страховой медицинской организации в случае прекращения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии страховой медицинской организации,";

б) пункт 7 части 2 статьи 20 после слов "видах оказываемой медицинской помощи," дополнить словами "а также", дополнить словами ", перечень которых устанавливается в территориальной программе обязательного медицинского страхования";

7) в частях 6 и 11 статьи 24 слова "25-го числа" заменить словами "20-го числа";

8) в части 3 статьи 27 слова "25-го числа" заменить словами "20-го числа";

9) часть 2 статьи 30 изложить в следующей редакции:

"2. Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются тарифным соглашением между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными в состав комиссии, создаваемой в субъекте Российской Федерации в соответствии с частью 9 статьи 36 настоящего Федерального закона.";

10) часть 3 статьи 32 после слов "страховым медицинским организациям" дополнить словами "и (или) другим территориальным фондам";

11) в части 8 статьи 33:

а) дополнить пунктом 2.1 следующего содержания:

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

б) в пункте 17 слово "осуществляет" заменить словами "вправе организовывать", слово "кадров" исключить, слова "для Федерального фонда и территориальных фондов" заменить словами "работников Федерального фонда и участников обязательного медицинского страхования";

в) пункт 18 дополнить словами ", в том числе в целях реализации установленных настоящей частью полномочий";

г) дополнить пунктом 19 следующего содержания:

"19) принимает решение об образовании совещательных, координационных органов Федерального фонда, утверждает их состав и порядок деятельности.";

12) в части 7 статьи 34:

а) в пункте 15 слова "на территории" заменить словами "по территориальной программе обязательного медицинского страхования";

б) пункт 18 изложить в следующей редакции:

"18) организует подготовку, переподготовку и повышение квалификации кадров для осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.";

13) в статье 36:

а) часть 9 после слов "медицинских организаций, представители" дополнить словами "медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) и", после слов "профессиональных союзов" дополнить словами "медицинских работников";

б) часть 10 после слов "между страховыми медицинскими организациями и" дополнить словом "между";

14) в статье 40:

а) часть 6 изложить в следующей редакции:

"6. Экспертиза качества медицинской помощи - выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.";

б) часть 10 дополнить словами ", в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования";

15) часть 2 статьи 44 дополнить пунктом 15 следующего содержания:

"15) сведения о медицинской организации, выбранной застрахованным лицом в соответствии с законодательством Российской Федерации для получения первичной медико-санитарной помощи.";

16) в статье 46:

а) в части 1 слова ", в страховую медицинскую организацию или при ее отсутствии в территориальный фонд" исключить;

б) в части 2 слово "получения" заменить словом "подачи", слова "страховая медицинская организация или при ее отсутствии территориальный фонд выдает" исключить, после слов "или его представителю" дополнить словом "выдается";

17) в части 4 статьи 48 в первом предложении слова "на бумажных и (или) электронных носителях" заменить словами "в электронном виде", второе предложение исключить;

18) в статье 50:

а) часть 1 дополнить предложением следующего содержания: "В 2013 году осуществляется реализация программ и мероприятий по модернизации здравоохранения в целях, установленных пунктами 1 и 2 части 3 настоящей статьи.";

б) часть 2 после слов "здравоохранения субъектов Российской Федерации" дополнить словами "в 2011 и 2012 годах", дополнить предложениями следующего содержания: "Финансовое обеспечение программ и мероприятий по модернизации здравоохранения в целях, установленных пунктами 1 и 2 части 3 настоящей статьи, в 2013 году осуществляется за счет средств бюджета Федерального фонда, предусмотренных федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период, и средств бюджетов субъектов Российской Федерации. Финансовое обеспечение указанных в настоящей части программ может осуществляться за счет средств местных бюджетов.";

в) часть 10 дополнить словами "с внесением соответствующих изменений в программы и в предусмотренные частью 7 настоящей статьи соглашения";

г) дополнить частью 10.1 следующего содержания:

"10.1. Не использованные в 2012 году остатки средств, предоставленных страховым медицинским организациям из бюджета территориального фонда в соответствии с частью 6 настоящей статьи, подлежат перечислению страховыми медицинскими организациями в бюджет территориального фонда до 1 января 2013 года. Полученные в соответствии с настоящей частью средства после завершения расчетов за оказанную в 2012 году застрахованным

лицам медицинскую помощь подлежат перечислению территориальным фондом в бюджет Федерального фонда до 1 марта 2013 года.";

19) в статье 51:

а) в части 2 слова "до введения на территориях субъектов Российской Федерации универсальных электронных карт" исключить, после слов "изготовление полисов обязательного медицинского страхования" дополнить словами "для застрахованных лиц, не получающих универсальной электронной карты,";

б) часть 5 изложить в следующей редакции:

"5. В 2013 - 2014 годах за счет межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджетов субъектов Российской Федерации в бюджеты территориальных фондов, осуществляется финансовое обеспечение:

1) скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) в объеме не менее фактических расходов консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации на указанные цели в предыдущем году;

2) расходов, включаемых в структуру тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с частью 7 статьи 35 настоящего Федерального закона с 2013 года, в объеме разницы между размером указанных расходов и приростом объема страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения по сравнению с 2012 годом.";

в) в части 7:

пункт 2 дополнить словами ", если иное не установлено федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период";

в пункте 4 слова "и расходов на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи" исключить;

г) часть 12.1 дополнить предложениями следующего содержания: "В 2013 году осуществляются единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2013 году после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок или переехавшим на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок из другого населенного пункта и заключившим с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации договор, в размере одного миллиона рублей на одного указанного медицинского работника. Финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в 2013 году осуществляется в равных долях за счет иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых бюджету территориального фонда из бюджета Федерального фонда в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период, и средств бюджетов субъектов Российской Федерации.";

Подпункт "д" пункта 19 данной статьи вступает в силу с 1 января 2013 года (часть 2 статьи 2 данного документа).

д) пункт 1 части 12.2 после слов "в сельском населенном пункте" дополнить словами "либо рабочем поселке", после слов "в сельский населенный пункт" дополнить словами "либо рабочий поселок";

е) часть 12.4 после слов "в соответствии с заявками" дополнить словами "уполномоченных органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и".

Статья 2

1. Настоящий Федеральный закон вступает в силу со дня его официального опубликования, за исключением подпункта "д" пункта 19 статьи 1 настоящего Федерального закона.

2. Подпункт "д" пункта 19 статьи 1 настоящего Федерального закона вступает в силу с 1 января 2013 года.

3. Положения части 2 статьи 50 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (в редакции настоящего Федерального закона) распространяются на правоотношения, возникшие с 1 января 2011 года.

Президент
Российской Федерации

В. Путин

Москва, Кремль
1 декабря 2012 года
№ 213-ФЗ

Краткий обзор постановления Правительства Российской Федерации от 30.03.2013 года № 286 «О формировании независимой оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги»

Независимая система оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги, в т.ч. *в сфере здравоохранения*, включает в себя:

- обеспечение полной, актуальной и достоверной информацией о порядке предоставления организацией социальных услуг, в том числе в электронной форме;
- формирование результатов оценки качества работы организаций и рейтингов их деятельности.

При этом предусматривается, что организации, осуществляющие функции и полномочия учредителей организаций, будут учитывать мнение, в т.ч. общественных организаций.

Считаем целесообразным при формировании критериев оценки эффективности работы организаций, оказывающих услуги в сфере здравоохранения, подготовки рейтингов их деятельности, предусмотреть участие представителей организаций Профсоюзов, в т.ч. в составе Общественных Советов, создаваемых в этих целях органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

*Отдел экономической работы
и оплаты труда аппарата Профсоюза*

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 30 марта 2013 г. № 286
МОСКВА

О формировании независимой системы оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги

В целях реализации подпункта "к" пункта 1 Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. N 597 "О мероприятиях по реализации государственной социальной политики" Правительство Российской Федерации **п о с т а н о в л я е т :**

1. Утвердить прилагаемые Правила формирования независимой системы оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги.

2. Рекомендовать высшим исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации и органам местного самоуправления при формировании независимой системы оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги, руководствоваться Правилами, утвержденными настоящим постановлением.

3. Установить, что финансирование мероприятий по формированию независимой системы оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги, осуществляется за счет средств соответствующих бюджетов бюджетной системы Российской Федерации.

4. Установить, что реализация настоящего постановления осуществляется Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации, Министерством образования и науки Российской Федерации, Министерством культуры Российской Федерации, Министерством здравоохранения Российской Федерации и Министерством спорта Российской Федерации в пределах установленной Правительством Российской Федерации предельной численности работников указанных федеральных органов исполнительной власти и бюджетных ассигнований, предусматриваемых этим органам в федеральном бюджете на руководство и управление в сфере установленных функций.

Председатель Правительства
Российской Федерации

Д. Медведев

УТВЕРЖДЕНЫ
постановлением Правительства
Российской Федерации
от 30 марта 2013 г. № 286

ПРАВИЛА

Формирования независимой системы оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги

1. Настоящие Правила определяют порядок формирования независимой системы оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги, осуществляемой с участием и на основе мнения общественных организаций, профессиональных сообществ, средств массовой информации, специализированных рейтинговых агентств и иных экспертов (далее - общественное мнение) в целях повышения качества работы этих организаций.

2. Для целей настоящих Правил под организациями, оказывающими социальные услуги, понимаются государственные (муниципальные) учреждения, оказывающие услуги населению в сферах образования, культуры, физической культуры и спорта, здравоохранения и социального обслуживания (далее - организации).

3. Независимая система оценки качества работы организаций включает в себя:

а) обеспечение полной, актуальной и достоверной информацией о порядке предоставления организацией социальных услуг, в том числе в электронной форме;

б) формирование результатов оценки качества работы организаций и рейтингов их деятельности.

4. В целях обеспечения открытости и доступности информации о деятельности организаций органы государственной власти (государственные органы) и органы местного самоуправления, осуществляющие функции и полномочия учредителя организаций (далее - органы, осуществляющие функции и полномочия учредителя), осуществляют контроль за выполнением организациями установленных законодательством Российской Федерации требований об обеспечении открытости и доступности необходимых документов, а также сведений о нормативных правовых актах, устанавливающих цены (тарифы) на услуги либо порядок их установления, если возможность взимания платы за услугу в рамках государственного (муниципального) задания установлена федеральными законами.

5. В целях обеспечения проведения оценки качества работы организаций органы, осуществляющие функции и полномочия их учредителя:

а) осуществляют изучение общественного мнения, результатов оценки качества работы организаций и рейтингов их деятельности, полученных от общественных организаций, профессиональных сообществ, средств массовой информации, специализированных рейтинговых агентств и иных экспертов;

б) образуют общественные советы в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов

Российской Федерации и муниципальными нормативными правовыми актами соответственно. При формировании состава общественных советов следует обеспечить отсутствие конфликта интересов. Общественные советы вправе:

формировать перечень организаций для проведения оценки качества их работы на основе изучения результатов общественного мнения;

определять критерии эффективности работы организаций, которые характеризуют:

открытость и доступность информации об организации;

комфортность условий и доступность получения услуг, в том числе для граждан с ограниченными возможностями здоровья;

время ожидания в очереди при получении услуги;

доброжелательность, вежливость и компетентность работников организации;

долю получателей услуг, удовлетворенных качеством обслуживания в организации;

устанавливать порядок оценки качества работы организации на основании определенных критериев эффективности работы организаций, в том числе с учетом настоящих Правил;

организовывать работу по выявлению, обобщению и анализу общественного мнения и рейтингов о качестве работы организаций, в том числе сформированных общественными организациями, профессиональными сообществами и иными экспертами;

направлять в орган, осуществляющий функции и полномочия учредителя:

информацию о результатах оценки качества работы организаций;

предложения об улучшении качества работы, а также об организации доступа к информации, необходимой для лиц, обратившихся за предоставлением услуг.

б. В целях улучшения качества работы организаций:

а) органы, осуществляющие функции и полномочия учредителя:

направляют организациям предложения об улучшении качества их работы, подготовленные с учетом изучения результатов оценки качества работы организаций и рейтингов их деятельности, а также предложений общественных советов;

учитывают информацию о выполнении разработанных организациями планов мероприятий по улучшению качества работы организаций при оценке эффективности работы их руководителей;

б) организации:

разрабатывают на основе предложений, указанных в абзаце втором подпункта "а" настоящего пункта, план об улучшении качества работы организации и утверждают этот план по согласованию с органами, осуществляющими функции и полномочия их учредителя;

размещают планы мероприятий по улучшению качества работы организации на своих официальных сайтах в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (при наличии сайтов) и обеспечивают их выполнение.