



Союз медицинского сообщества «Национальная Медицинская Палата»

Россия, 119180, г. Москва, ул. Большая Полянка, д.22, тел./факс: +7 (495) 959-28-96

www.nacmedpalata.ru; e-mail: org@nnpmp.ru; mail@doctor-roshal.ru

« 26 » марта 2018 г.

исх. № 63/1

Проект опубликован на портале Regulation.gov.ru 12.03.18

<http://regulation.gov.ru/projects/List/AdvancedSearch#StartDate=10.3.2018&EndDate=13.3.2018&okveds=29&npr=78981>

**Заместителю Министра
здравоохранения Российской Федерации
Т.В.Яковлевой**

Уважаемая Татьяна Владимировна!

В соответствии с Соглашением между Министерством здравоохранения Российской Федерации и Некоммерческим партнерством «Национальная Медицинская Палата» о сотрудничестве в области здравоохранения направляем Вам замечания и предложения, высказанные экспертами НМП к проекту приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»

При наличии разногласий просим Вас организовать обсуждение проекта приказа совместно с разработчиком и представителями НМП.

Приложение на 7 л.

С уважением,

**Президент
Союза «Национальная Медицинская Палата»**

Л.М. Рошаль

В о
(Л.М. Рошаль)

ПРИЛОЖЕНИЕ 26.03.17

Замечания и предложения экспертов Союза медицинского сообщества «Национальная Медицинская Палата» к проекту приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации: «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

Положение проекта, требующее изменений	Обоснование необходимых изменений	Предложение по новому тексту проекта
<p>IV. Порядок выдачи полиса обязательного медицинского страхования либо временного свидетельства застрахованному лицу</p>		
<p>Подпункт 1 п. 62 Правил обязательного медицинского страхования: «62. Переоформление полиса осуществляется также в случаях: 1) изменения даты рождения, места рождения застрахованного лица.».</p>	<p>Форма заявления о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса, утвержденная приложением № 3 к Методическим указаниям по представлению информации в сфере обязательного медицинского страхования (письмо ФФОМС от 30.12.2011 № 9161/30-1/и) содержит информацию о том, что переоформление полиса осуществляется в том числе при смене пола застрахованного.</p>	<p>Подпункт 1 п. 62 Правил обязательного медицинского страхования: «62. Переоформление полиса осуществляется также в случаях: 1) изменения даты рождения, пола, места рождения застрахованного лица.».</p>
<p>Пункт 104 проекта</p>	<p>Предлагается дать определение «вновь создаваемой» медицинской организации. Согласно проекту вновь создаваемыми медицинскими организациями считаются МО, получившие лицензии на осуществление мед. деятельности на территории, на которой планируется оказание мед. помощи, позднее 1 сентября года, предшествующего году, в котором МО намерена осуществлять деятельность в сфере ОМС. Вышеуказанное определение, во-первых, противоречит действующим нормам</p>	<p>Считаем целесообразным урегулировать определение «вновь создаваемая медицинская организация» в федеральных законах, в том числе Федеральном законе об ОМС.</p>

	<p>которая предусматривает, что юридическое лицо считается созданным, а данные о юридическом лице считаются включенными в ЕГРЮЛ со дня внесения соответствующей записи в этот реестр, а не с момента получения лицензии; во – вторых, не может быть сформулировано в подзаконном нормативном правовом акте в сфере ОМС. Нормы НПА не могут изменять, корректировать и расширительно трактовать нормы закона</p>	
VIII. Порядок оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию		
<p>п. 146 таблица Код дефекта согласно Перечню</p>	<p>В двух строках с различным размером Кно : «Размер Кно 0,5 и 0,9» код 4.4</p>	<p>Оставить код 4.4 с размером Кно 0,5</p>
<p>Абзац первый пункта 156 Правил обязательного медицинского страхования: «156. Территориальный фонд и медицинская организация ежемесячно ежеквартально проводят сверку расчетов и составляют акт о финансовом обеспечении мероприятий по организации дополнительного профессионального образования работников по повышению квалификации, а также по приобретению медицинского оборудования, а также проведения ремонта медицинского оборудования».</p>	<p>Необходимо четко определить периодичность проведения сверки расчетов и составления актов. В проекте содержатся два разных периода: ежемесячно и ежеквартально. Представляется целесообразным предусмотреть ежеквартальное проведение сверки и составления акта, поскольку сверить данные можно на основании отчета медицинской организации, представляемого в территориальный фонд обязательного медицинского страхования ежеквартально в соответствии с приказом ФОМС от 26.05.2016 № 105.</p> <p>Необходимо также определить круг медицинских организаций, с которыми проводятся сверки расчетов и составляются акты.</p>	<p>Абзац первый пункта 156 Правил обязательного медицинского страхования: «156. Территориальный фонд и медицинская организация, получившая в отчетном периоде средства для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования, ежеквартально проводят сверку расчетов и составляют акт о финансовом обеспечении указанных мероприятий».</p>

IX. Порядок осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого они застрахованы

<p>Пункт 162</p>	<p>1. В новой редакции статьи 138 (старого положения) пропущен номер полиса ОМС, в составе данных реестра счета. Отсутствие этого номера не позволяет идентифицировать застрахованного.</p> <p>В тексте статьи допущена грамматическая ошибка в слове «клинико-статистической».</p>	<p>Реестр счета за медицинскую помощь должен содержать, в том числе, следующие сведения:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) наименование медицинской организации; 2) ОГРН в соответствии с ЕГРЮЛ; 3) период, за который выставлен счет; 4) номер позиции реестра; 5) сведения о застрахованном лице: фамилия, имя, отчество (при наличии); пол; <p>дата и место рождения;</p> <p>вес при рождении (для новорожденных);</p> <p>данные документа, удостоверяющего личность;</p> <p>номер полиса</p> <ol style="list-style-type: none"> 6) сведения об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи.. <ul style="list-style-type: none"> тариф на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу (сведения о коде и наименовании примененного тарифа в соответствии с действующим в субъекте Российской Федерации по месту оказания медицинской помощи тарифным соглашением, в том числе о наименовании и номере клинико-статистической группы (при наличии)); <p>стоимость оказанной медицинской помощи;</p>

<p>Пункты 175, 176 Правил обязательного медицинского страхования:</p> <p>«175. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи составляет акт сверки по счетам, выставленным к возмещению территориальным фондам по месту страхования, в двух экземплярах и направляет до 15 ноября отчетного года в территориальные фонды по месту страхования.</p> <p>«176. Территориальный фонд по месту страхования, получивший акт сверки, производит сверку данных и один экземпляр акта сверки в срок до 15 декабря отчетного года направляет в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи»</p>	<p>Необходимо внести изменения в сроки направления акта, предусмотренные п. 175 и п. 176 Правил обязательного медицинского страхования.</p> <p>Установленные сроки направления акта на территории раньше даты окончания периода акта сверки расчетов: согласно п. 174 сверка расчетов по счетам проводится ежегодно за период с 1 января по 31 декабря отчетного года включительно (далее – отчетный период) с оформлением акта сверки счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого они застрахованы.</p>	<p>Пункты 175, 176 Правил обязательного медицинского страхования:</p> <p>«175. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи составляет акт сверки по счетам, выставленным к возмещению территориальным фондам по месту страхования, в двух экземплярах и направляет до 15 февраля года, следующего за отчетным, в территориальные фонды по месту страхования.</p> <p>176. Территориальный фонд по месту страхования, получивший акт сверки, производит сверку данных и один экземпляр акта сверки в срок до 15 марта года, следующего за отчетным, направляет в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи»</p>
<p>XIV. Порядок информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи</p>		
<p>Пункт 232</p> <p>«...прохождении диспансеризации в соответствии с Порядком проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации 3 февраля 2015 г. № 36ан (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 февраля 2015 г., регистрационный № 36268);</p>	<p>Пункт приказа содержит ссылку на отмененный приказ</p>	<p>Внести данные Приказа Минздрава России от 26.10.2017 N 869н "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения" (Зарегистрировано в Минюсте России 12.12.2017 N 49214)</p>

<p>Пункт 233 «...Страховой представителю 2 уровня ведет работу по формированию списков лиц, подлежащих диспансеризации, организует оповещение застрахованных лиц о необходимости прохождения профилактических мероприятий, осуществляет мониторинг и анализ результатов профилактических мероприятий, в том числе диспансеризации. Готовит предложения по организации диспансеризации для медицинских организаций...»</p>	<p>Роль страхового представителя 2 уровня обозначена таким образом, что он может стать как инструментом в деле изъятия денежных средств у МО, так и вовсе избежать какой-либо нагрузки, поскольку его обязанности не конкретизированы. По тексту ниже ясно, что вся нагрузка по формированию и выверке списков пациентов, подлежащих диспансеризации и профосмотрам, приказом возложена на МО. Каков функционал страхового представителя 2 уровня – не ясно. Однако, следующим пунктом пояснений по этому поводу имеются предложения.</p>	<p>Конкретизировать функции страхового представителя 2 уровня, вменив ему работу с базой застрахованных в целях формирования списков подлежащих профилактическим мероприятиям.</p>
<p>Пункты 247-252</p>	<p>См. пункт 231! На каком основании при наличии штата страховых представителей, полной информации о застрахованных, включающей их возраст, пол, место проживания, прикрепление к МО, страховые организации и терфонды перекладывают работу по созданию базы на медицинские организации? Фактически медицинским организациям вместо оказания медицинской помощи предлагается выполнять работу страховых организаций по производству выборок и работе с застрахованными. Кроме того, за огрехи в этой работе, которые неизбежны при установленных сроках и предписанных объемах, медицинские организации могут быть (и будут) наказаны. Никакой пользы профилактической работе эта нагрузка на МО не несет. Никакой помощи застрахованным при такой организации дела страховые представители не окажут. Фактически формируется новый пул контролеров, которые ничем не помогут гражданам и медицинским организациям, а</p>	<p>Исключить из приказа положения об участии МО в формировании списков и их согласование, полностью отдав эти функции в соответствии с пунктом 231 страховым медицинским организациям под контролем территориального фонда.</p>

	<p>только создадут помехи в работе.</p> <p>Стоит отметить, что фактически к 31 января из года в год еще не готовы и не доведены до МО требования и критерии по проведению профилактических осмотров и диспансеризации на текущий год, поэтому 31 января это неисполнимый срок.</p>	
<p>Приказ ФФОМС от 01.12.2010 г. № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»</p>	<p>В системе обязательного медицинского страхования нарушаются конституционные права граждан:</p> <p>За неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества лечебно-профилактическим учреждением Тарифным соглашением предусмотрена неоплата (неполная оплата), штраф. Размер штрафа рассчитывается с учетом размера подушевого финансирования на 1 застрахованное лицо. В 2017 г. размер подушевого норматива финансирования составлял 8896 руб. Так, например, при оказании амбулаторно-поликлинической помощи: стоимость тарифа на оплату единицы объёма мед. помощи составляет 234 руб., при этом размер штрафа может достигать 8896 руб.</p> <p>Максимальный размер стоимости подушевого норматива не может быть основанием для расчета санкций и штрафов</p>	<p>- Средства от штрафных санкций, должны оставаться в регионе в 100 % размере и направляться в ненормированный страховой запас для обеспечения медицинской организацией, согласно имеющихся стандартов оснащения и обучения кадров; (в настоящее время 50% уходит в ФФОМС, 30% остаются в СМО и лишь 20% возвращаются в ЛПУ).</p>
		<p>Рассмотреть вопрос о снижении рисков и отмены штрафных финансовых санкций для медицинских организаций, предусмотренные Федеральным законом.</p>

при минимальной стоимости тарифа на оплату единицы объёма медицинской помощи.

Несоразмерность штрафов оказывает негативное воздействие на финансовое обеспечение ЛПУ. В первую очередь страдает не медицинская организация, а пациенты, в связи с тем, что с применением финансовых штрафов уменьшается объём средств, предусмотренных на лекарственное обеспечение, приобретение изделий и оборудования и иные статьи расходов.

Фактически штрафные санкции "выкидывают" пациента из системы обязательного медицинского страхования на 1 год (10 штрафов - 10 пациентов и т. д.).

Страховые медицинские организации не должны обогащаться за счет пациентов: доля средств, поступивших от уплаты штрафов медицинской организацией направляются в страховую медицинскую организацию на **формирование собственных средств.**