

Введение

Право на охрану здоровья является одной из важнейших социальных гарантий, защищенных Конституцией Российской Федерации и предоставляемой гражданам России.

Однако любое право имеет свои механизмы реализации, которые описываются Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» и подзаконными актами, опирающимися на положения Конституции, Федерального закона и других юридических актов. Знание точных формулировок и положений этих законов необходимо как для граждан, добивающихся реализации своих законных прав, так и для работников здравоохранения, вынужденных отвечать на запросы и жалобы.

Предлагаемый справочник разбит на тематические разделы, включающие в себя статьи основного отраслевого закона, инструкции и положения, относящиеся к теме, а также юридические комментарии и ответы на наиболее частые и каверзные вопросы к этим статьям.

Подобная подача материала делает справочник удобным для работы источником информа-

ции как для обычных людей, столкнувшихся с теми или иными вопросами получения гарантированной медицинской помощи—бесплатной и платной, так и для работников здравоохранения, получающих сборник актуальных редакций законов и комментариев к ним по своей основной деятельности.

Основные положения и термины

Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.10.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в ред. от 28.12.2013 № 386-ФЗ)

Статья 1. Предмет регулирования настоящего Федерального закона

Настоящий Федеральный закон регулирует отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации (далее—в сфере охраны здоровья), и определяет:

- 1) правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан;
- 2) права и обязанности человека и гражданина, отдельных групп населения в сфере охраны здоровья, гарантии реализации этих прав;
- 3) полномочия и ответственность органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья;
- 4) права и обязанности медицинских организаций, иных организаций, индивидуальных предпринимателей при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья;
- 5) права и обязанности медицинских работников и фармацевтических работников.

Статья 2. Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе

Для целей настоящего Федерального закона используются следующие основные понятия:

1) *здоровье*—состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма;

2) *охрана здоровья граждан* (далее—охрана здоровья) – система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского,

в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражд-

данами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи;

3) *медицинская помощь*—комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

4) *медицинская услуга*—медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

5) *медицинское вмешательство*—выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских

манипуляций, а также искусственное прерывание беременности;

6) *профилактика*—комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

7) *диагностика*—комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий;

8) *лечение*—комплекс медицинских вмеша-

тельств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни;

9) *пациент*—физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния;

10) *медицинская деятельность*—профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях;

11) *медицинская организация*—юридическое

лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Положения настоящего Федерального закона, регулирующие деятельность медицинских организаций, распространяются на иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность, и применяются к таким организациям в части, касающейся медицинской деятельности. В целях настоящего Федерального закона к медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность;

12) *фармацевтическая организация*—юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее фармацевтическую деятельность (организация оптовой торговли лекарственными

средствами, аптечная организация). В целях настоящего Федерального закона к фармацевтическим организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие фармацевтическую деятельность;

13) *медицинский работник*—физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность;

14) *фармацевтический работник*—физическое лицо, которое имеет фармацевтическое образование, работает в фармацевтической организации и в трудовые обязанности которого входят оптовая торговля лекарственными средствами, их хранение, перевозка и (или) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения (далее—лекарственные препараты), их изготов-

ление, отпуск, хранение и перевозка;

15) *лечащий врач*—врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения;

16) *заболевание*—возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма;

17) *состояние*—изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи;

18) *основное заболевание*—заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится

причиной смерти;

19) *сопутствующее заболевание*—заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти;

20) *тяжесть заболевания или состояния*—критерий, определяющий степень поражения органов и (или) систем организма человека либо нарушения их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением;

21) *качество медицинской помощи*—совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Статья 3. Законодательство в сфере охраны здоровья

1. Законодательство в сфере охраны здоровья основывается на Конституции Российской Федерации и состоит из настоящего Федерального закона, принимаемых в соответствии с ним других федеральных законов, иных нормативных правовых актов Российской Федерации, законов и иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации.

2. Нормы об охране здоровья, содержащиеся в других федеральных законах, иных нормативных правовых актах Российской Федерации, законах и иных нормативных правовых актах субъектов Российской Федерации, не должны противоречить нормам настоящего Федерального закона.

3. В случае несоответствия норм об охране здоровья, содержащихся в других федеральных законах, иных нормативных правовых актах Российской Федерации, законах и иных нормативных правовых актах субъектов Российской Феде-

рации, нормам настоящего Федерального закона применяются нормы настоящего Федерального закона.

4. Органы местного самоуправления в пределах своей компетенции имеют право издавать муниципальные правовые акты, содержащие нормы об охране здоровья, в соответствии с настоящим Федеральным законом, другими федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации.

5. В случае если международным договором Российской Федерации установлены иные правила, чем предусмотренные настоящим Федеральным законом правила в сфере охраны здоровья, применяются правила международного договора.

Статья 4. Основные принципы охраны здоровья

Основными принципами охраны здоровья являются:

1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;

2) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;

3) приоритет охраны здоровья детей;

4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;

5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;

6) доступность и качество медицинской помощи;

7) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;

8) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;

9) соблюдение врачебной тайны.

Статья 5. Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий

1. Мероприятия по охране здоровья должны проводиться на основе признания, соблюдения и защиты прав граждан и в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права.

2. Государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, возраста, национальности, языка, наличия заболеваний, состояний, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и от других обстоятельств.

3. Государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний.

Статья 6. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи

1. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуется путем:

1) соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения со стороны медицинских работников и иных работников медицинской организации;

2) оказания медицинской помощи пациенту с учетом его физического состояния и с соблюдением по возможности культурных и религиозных традиций пациента;

3) обеспечения ухода при оказании медицинской помощи;

4) организации оказания медицинской помощи пациенту с учетом рационального использования его времени;

5) установления требований к проектированию и размещению медицинских организаций с учетом соблюдения санитарно-гигиенических норм и обеспечения комфортных условий пребывания пациентов в медицинских организациях;

б) создания условий, обеспечивающих возможность посещения пациента и пребывания родственников с ним в медицинской организации с учетом состояния пациента, соблюдения противоэпидемического режима и интересов иных лиц, работающих и (или) находящихся в медицинской организации.

2. В целях реализации принципа приоритета интересов пациента при оказании медицинской помощи органы государственной власти Российской Федерации, органы государственной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления, осуществляющие полномочия в сфере охраны здоровья, и медицинские организации в пределах своей компетенции

взаимодействуют с общественными объединениями, иными некоммерческими организациями, осуществляющими свою деятельность в сфере охраны здоровья.

Статья 8. Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья

Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья обеспечивается путем установления и реализации правовых, экономических, организационных, медико-социальных и других мер, гарантирующих социальное обеспечение, в том числе за счет средств обязательного социального страхования, определения потребности гражданина в социальной защите в соответствии с законодательством Российской Федерации, в реабилитации и уходе в случае заболевания (состояния), установления временной нетрудоспособности, инвалидности или в иных определенных законодательством Российской Федерации

случаях.

Статья 9. Ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья

1. Органы государственной власти и органы местного самоуправления, медицинские организации и иные организации осуществляют взаимодействие в целях обеспечения прав граждан в сфере охраны здоровья.

2. Органы государственной власти и органы местного самоуправления, должностные лица организаций несут в пределах своих полномочий

ответственность за обеспечение гарантий в сфере охраны здоровья, установленных законодательством Российской Федерации.

Статья 10. Доступность и качество медицинской помощи

Доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются:

1) организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения;

2) наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации;

3) возможностью выбора медицинской организации и врача в соответствии с настоящим Федеральным законом;

4) применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

5) предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской по-

мощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

6) установлением в соответствии с законодательством Российской Федерации требований к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения и иных объектов инфраструктуры в сфере здравоохранения исходя из потребностей населения;

7) транспортной доступностью медицинских организаций для всех групп населения, в том числе инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения;

8) возможностью беспрепятственного и бесплатного использования медицинским работником средств связи или транспортных средств для перевозки пациента в ближайшую медицинскую организацию в случаях, угрожающих его жизни и здоровью.

Статья 11. Недопустимость отказа в оказании медицинской помощи

1. Отказ в оказании медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и взимание платы за ее оказание медицинской организацией, участвующей в реализации этой программы, и медицинскими работниками такой медицинской организации не допускаются.

2. Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается.

3. За нарушение предусмотренных частями 1 и 2 настоящей статьи требований медицинские организации и медицинские работники несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 12. Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья

Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья обеспечивается путем:

1) разработки и реализации программ формирования здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ;

2) осуществления санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;

3) осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально-значимых заболеваний и борьбе с ними;

4) проведения профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законода-

тельством Российской Федерации;

5) осуществления мероприятий по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 18. Право на охрану здоровья

1. Каждый имеет право на охрану здоровья.

2. Право на охрану здоровья обеспечивается охраной окружающей среды, созданием безопасных условий труда, благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией продуктов питания соответствующего качества, качественных, безопасных и доступных лекарственных препаратов, а также оказанием доступной и качественной медицинской помощью.

Статья 19. Право на медицинскую помощь

1. Каждый имеет право на медицинскую помощь.

2. Каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования.

3. Право на медицинскую помощь иностранных граждан, проживающих и пребывающих на территории Российской Федерации, устанавливается законодательством Российской Федерации и соответствующими международными договорами Российской Федерации. Лица без гражданства, постоянно проживающие в Российской Федерации, пользуются правом на медицинскую помощь наравне с гражданами Российской Федерации, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации.

4. Порядок оказания медицинской помощи иностранным гражданам определяется Правительством Российской Федерации.

5. Пациент имеет право на:

1) выбор врача и выбор медицинской организации в соответствии с настоящим Федеральным законом;

2) профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

3) получение консультаций врачей-специалистов;

4) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;

5) получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;

6) получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных

условиях;

7) защиту сведений, составляющих врачебную тайну;

8) отказ от медицинского вмешательства;

9) возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;

10) допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав;

11) допуск к нему священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях—на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации.

Статья 21. Выбор врача и медицинской организации

1. При оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гаран-

тий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи он имеет право на выбор медицинской организации в порядке, утвержденном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и на выбор врача с учетом согласия врача. Особенности выбора медицинской организации гражданами, проживающими в закрытых административно-территориальных образованиях, на территориях с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень, а также работниками организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, устанавливаются Правительством Российской Федерации.

2. Для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина). В выбранной медицинской

организации гражданин осуществляет выбор не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации) врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации.

3. Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи осуществляется:

1) по направлению врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), фельдшера, врача-специалиста;

2) в случае самостоятельного обращения гражданина в медицинскую организацию, в том числе организацию, выбранную им в соответствии с частью 2 настоящей статьи, с учетом порядков оказания медицинской помощи.

4. Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор медицинской организации осуществляется по на-

правлению лечащего врача. В случае если в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи принимают участие несколько медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по соответствующему профилю, лечащий врач обязан проинформировать гражданина о возможности выбора медицинской организации с учетом выполнения условий оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

5. Медицинская помощь в неотложной или экстренной форме оказывается гражданам с учетом соблюдения установленных требований к срокам ее оказания.

6. При оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи выбор медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами террито-

рии субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, осуществляется в порядке, устанавливаемом уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

7. При выборе врача и медицинской организации гражданин имеет право на получение информации в доступной для него форме, в том числе размещенной в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее—сеть «Интернет»), о медицинской организации, об осуществляемой ею медицинской деятельности и о врачах, об уровне их образования и квалификации.

8. Выбор врача и медицинской организации военнослужащими и лицами, приравненными по медицинскому обеспечению к военнослужащим, гражданами, проходящими альтернативную гражданскую службу, гражданами, подлежащими призыву на военную службу или направляемыми на альтернативную гражданскую службу, и гражданами, поступающими на военную службу по контракту или приравненную к ней службу, а также задержанными, заключенными под стра-

жу, отбывающими наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста, осуществляется с учетом особенностей оказания медицинской помощи, установленных статьями 25 и 26 настоящего Федерального закона.

9. При оказании гражданам медицинской помощи в рамках практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования пациент должен быть проинформирован об участии обучающихся в оказании ему медицинской помощи и вправе отказаться от участия обучающихся в оказании ему медицинской помощи. В этом случае медицинская организация обязана оказать такому пациенту медицинскую помощь без участия обучающихся.

Статья 79. Обязанности медицинских организаций

1. Медицинская организация обязана:

- 1) оказывать гражданам медицинскую помощь в экстренной форме;
- 2) организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе порядками оказания медицинской помощи, и на основе стандартов медицинской помощи;
- 3) информировать граждан о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- 4) соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах;
- 5) обеспечивать применение разрешенных к применению в Российской Федерации лекарственных препаратов, специализированных продуктов лечебного питания, медицинских изде-

лий, дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных средств;

б) предоставлять пациентам достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях;

7) информировать граждан в доступной форме, в том числе с использованием сети «Интернет», об осуществляемой медицинской деятельности и о медицинских работниках медицинских организаций, об уровне их образования и об их квалификации;

8) обеспечивать профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации медицинских работников в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации;

9) информировать органы внутренних дел в порядке, установленном уполномоченными федеральными органами исполнительной власти, о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате проти-

воправных действий;

10) осуществлять страхование на случай причинения вреда жизни и (или) здоровью пациента при оказании медицинской помощи в соответствии с Федеральным законом;

11) вести медицинскую документацию в установленном порядке и представлять отчетность по видам, формам, в сроки и в объеме, которые установлены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

12) обеспечивать учет и хранение медицинской документации, в том числе бланков строгой отчетности;

13) проводить мероприятия по снижению риска травматизма и профессиональных заболеваний, внедрять безопасные методы сбора медицинских отходов и обеспечивать защиту от травмирования элементами медицинских изделий.

2. Медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, наряду с обязанностями, предусмотренными частью 1 настоящей статьи, также

обязаны:

1) предоставлять пациентам информацию о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

2) обеспечивать оказание медицинской помощи гражданам в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

3) обеспечивать проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение факторов риска развития заболеваний и на раннее их выявление;

4) проводить пропаганду здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения.

Статья 71. Клятва врача

1. Лица, завершившие освоение образовательной программы высшего медицинского образования, при получении документа об образовании и о квалификации дают клятву врача следующего содержания:

«Получая высокое звание врача и приступая к профессиональной деятельности, я торжественно клянусь:

честно исполнять свой врачебный долг, посвятить свои знания и умения предупреждению и лечению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья человека;

быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, хранить врачебную тайну, внимательно и заботливо относиться к пациенту, действовать исключительно в его интересах независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положе-

ния, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств;

проявлять высочайшее уважение к жизни человека, никогда не прибегать к осуществлению эвтаназии;

хранить благодарность и уважение к своим учителям, быть требовательным и справедливым к своим ученикам, способствовать их профессиональному росту;

доброжелательно относиться к коллегам, обращаться к ним за помощью и советом, если этого требуют интересы пациента, и самому никогда не отказывать коллегам в помощи и совете;

постоянно совершенствовать свое профессиональное мастерство, беречь и развивать благородные традиции медицины».

2. Клятва врача дается в торжественной обстановке.

Статья 82. Источники финансового обеспечения в сфере охраны здоровья

Источниками финансового обеспечения в сфере охраны здоровья являются средства федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации, местных бюджетов, средства обязательного медицинского страхования, средства организаций и граждан, средства, поступившие от физических и юридических лиц, в том числе добровольные пожертвования, и иные не запрещенные законодательством Российской Федерации источники.

Конституция Российской Федерации от 25.12.1993

Статья 41

1. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

2. В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощря-

ется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.

3. Соккрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с Федеральным законом.

Комментарии и вопросы

Действующий Закон об охране здоровья граждан, прошедший длительное двухлетнее согласование, многогранный и ёмкий, вводит множество новшеств и существенно изменяет регулирование правоотношений в регулируемой сфере. Закон определяет правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан, права и обязанности человека и гражданина в сфере здравоохранения, гарантии реализации этих прав, полномочия и ответственность органов власти всех уровней в сфере охра-

ны здоровья граждан, права и обязанности медицинских организаций при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья граждан, а также права и обязанности медицинских и фармацевтических работников, гарантирует право на бесплатную медпомощь, выбор врача и медицинской организации, закрепляет единые стандарты оказания медпомощи. При этом под действие закона подпадает как государственная, так и частная медицина.

Доступность и качество медпомощи — основные принципы охраны здоровья. Среди основных принципов охраны здоровья также недопустимость отказа в ней; приоритет интересов пациента при ее оказании, а также охраны здоровья детей и профилактики.

Закон впервые закрепляет *обязанность граждан заботиться о сохранении своего здоровья*. В главе 4 данного Федерального закона приводятся права и обязанности граждан в сфере охраны здо-

ровья, а именно: право на охрану здоровья, на медицинскую помощь, на отказ от медицинского вмешательства или право дать согласие на вмешательство за недееспособного (довольно четко прописано кто и в каких случаях), выбор врача и медучреждения и другие.

Здоровье—забота и ответственность не только врача, но и самого человека, и его работодателя.

Государственные гарантии предоставления медицинской помощи на бесплатной для населения основе ни по одному из видов медицинской помощи не уменьшились. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предполагает оказание государственными медицинскими учреждениями как бесплатных, так и платных медицинских услуг: Кроме этого, крайне проблематичным представляется разделение бесплатного и платного потоков в пределах одних и тех же лечебно-диагностических мощностей. Неоднозначным представляется и вопрос использования оборудования, приобретенного за бюджетные

средства, для оказания платных услуг. В этом отношении более работоспособной альтернативой может стать разделение целых учреждений на бесплатные и платные.

Для конкретизации порядка оказания платных медуслуг в Закон включена статья «Платные медицинские услуги». В целях обеспечения защиты прав граждан на бесплатную медицинскую помощь установлено, за что медики не могут взимать плату. Действующий Закон защищает права пациентов в этой области. И в документе дан исчерпывающий перечень видов бесплатной медицинской помощи: первичная медико-санитарная, специализированная, в том числе высокотехнологичная помощь, скорая и неотложная помощь, то есть все услуги, которые должны предоставляться бесплатно для пациента. Гарантируется также бесплатное санаторно-курортное восстановительное лечение для определенного перечня заболеваний. Плюс к тому Закон впервые зафиксировал бесплатность паллиативной (поддерживающей) помощи для неизлечимо больных в стенах медучреждений. Впервые законодательно

закреплено обеспечение бесплатными лекарствами из перечня жизненно необходимых и важнейших при лечении в дневном или обычном стационаре, а также на этапе скорой помощи. Сегодня, это не секрет: отправляясь в больницу, больной многое из того, что ему назначит врач, получает извне—от родственников или покупает в аптечном киоске на первом этаже больницы. Само понятие «дневного стационара»—удобного для пациентов и менее накладного для бюджета варианта получения полноценного лечения—тоже появилось в Законе впервые. Еще один шаг в направлении нового уровня отношений врач—пациент и улучшения качества лечения—это обязанности медицинской организации страховать возможный вред здоровью пациента. Сам врач, кстати, тоже может страховать риски профессиональной деятельности.

Право каждого человека на охрану здоровья и медицинскую помощь (комментарий к ст. 41 Конституции Российской Федерации)

В ч. 1 ст. 41 признается право каждого человека на охрану здоровья и медицинскую помощь в соответствии со ст. 25 Всеобщей декларации прав человека и ст. 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, а также ст. 2 Протокола № 1 от 20 марта 1952 г. к Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод.

Здоровье—это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. Поэтому под охраной здоровья понимается совокупность мер политического, экономического, правового, социального,

культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Медицинская помощь включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособий по временной нетрудоспособности.

Основным актом, регулирующим отношения в области охраны здоровья граждан, являются Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 (далее—Основы). В них содержатся правовые основы организации охраны здоровья, определяются права граждан и их гарантии, обязанности и ответственность медико-социальных учреждений.

Право граждан на охрану здоровья обеспечивается охраной окружающей природной среды, созданием благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией доброкачественных продуктов питания, а также предоставлением населению доступной медико-социальной помощи.

Государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, национальности, языка, социального происхождения, должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и др.

Государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний. Лица, виновные в нарушении этого положения, несут ответственность в соответствии со ст. 17 Основ законодательства об охране здоровья граждан.

Гражданам России, находящимся за ее пределами, гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с международными договорами Российской Федерации.

Иностранным гражданам, находящимся на территории России, также гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с международными договорами России. Лица без гражданства, постоянно проживающие в России, и беженцы пользуются правом на охрану здоровья наравне с российскими гражданами, если иное не предусмотрено международными договорами России. Порядок оказания медицинской помощи иностранным гражданам, лицам без гражданства и беженцам определяется Минздравмедпромом России и министерствами здравоохранения республик в составе Федерации.

Часть 1 ст. 41 устанавливает, что медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи гражданам обеспечивается в соответствии с программами обязательного медицинского страхования.

Граждане имеют право и на дополнительные

медицинские и иные услуги на основе программ добровольного медицинского страхования в соответствии с Законом РСФСР «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 28.06.1991, а также за счет средств предприятий, учреждений и организаций, своих личных средств и иных источников.

Законом *о* *медицинском страховании граждан* определено два вида медицинского страхования: обязательное и добровольное. Субъектами страхования являются: гражданин, страхователь, страховая медицинская организация и лечебное учреждение. Страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения (пенсионеров и др.) осуществляют органы власти субъектов Федерации за счет своих бюджетов; для работающего населения—предприятия, учреждения, организации, лица, занимающиеся предпринимательской деятельностью, и лица свободных профессий. Страхователями при добровольном медицинском страховании выступают граждане. Застрахованные граждане получают страховые

медицинские полисы.

В системе медицинского страхования граждане имеют право на: обязательное и добровольное страхование; выбор медицинской страховой организации; выбор лечебного учреждения и врача в соответствии с договором обязательного и добровольного страхования; получение медицинской помощи на всей территории страны, в том числе за пределами постоянного места жительства; предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, лечебному учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба, и др.

Права отдельных групп населения гарантируются государством особо. В Основах законодательства об охране здоровья граждан гарантии в области охраны здоровья установлены:

- семье;
- беременным женщинам и матерям;
- несовершеннолетним;
- военнослужащим, гражданам, подлежащим призыву на военную службу и поступающим на военную службу по контракту;

- гражданам пожилого возраста;
- инвалидам;
- гражданам при чрезвычайных ситуациях и в экологически неблагоприятных районах и др.

При обращении за медицинской помощью и ее получении в соответствии с Основами законодательства об охране здоровья граждане имеют следующие права:

- уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;

- выбор врача, в том числе семейного и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;

- обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

- проведение консилиума и консультаций других специалистов;

- облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступ-

ными способами и средствами;

- здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при обследовании и лечении;

- информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

- отказ от медицинского вмешательства;

- получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;

- получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;

- возмещение ущерба в случае причинения вреда здоровью при оказании медицинской помощи.

В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассо-

циации и лицензионные комиссии либо в суд.

В ч. 2 ст. 41 Конституции определяется общий порядок разработки и финансирования федеральных программ охраны и укрепления здоровья населения. В соответствии с Основами об охране здоровья граждан в стране разрабатываются и финансируются федеральные программы по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, оказанию медицинской помощи, медицинскому образованию населения, развитию государственной, муниципальной и частной форм здравоохранения и другим вопросам в области охраны здоровья граждан. Особое значение имеют медико-социальные программы, например Федеральная целевая программа по предупреждению распространения заболеваний СПИДом (антиСПИД), Концепция государственной политики по контролю за наркотиками в Российской Федерации и др. Субъекты Федерации разрабатывают региональные программы охраны здоровья населения.

Программные положения и нормы, направленные на укрепление здоровья и его охрану, со-

держатся и в ряде других нормативных актов: Законе РСФСР о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения от 19.04.1991, Основах законодательства Российской Федерации о физической культуре и спорте, Законе РСФСР «Об охране окружающей природной среды» от 19.12.1991 и др.

В Российской Федерации охрана здоровья населения обеспечивается государственной, муниципальной и частной системами здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию. Отношения граждан, органов государственной власти и управления, хозяйствующих субъектов и субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья регулируются ст. 12, 13, 14 Основ.

Согласно ч.3 ст.41 Конституции сокрытие должностными лицами любого уровня фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни

и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с Федеральным законом. Соккрытие—это не только утаивание информации, но и распространение заведомо недостоверной, ложной информации о состоянии окружающей среды, санитарно-эпидемиологическом состоянии и других событиях и обстоятельствах, угрожающих здоровью людей.

Граждане имеют право на регулярное получение достоверной и своевременной информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние, включая информацию о санитарно-эпидемиологическом состоянии района проживания, рациональных нормах питания, о продуктах, работах, услугах, их соответствии санитарным нормам и правилам и др. Эта информация предоставляется местной администрацией через средства массовой информации или непосредственно гражданам по их запросам в порядке, устанавливаемом Правительством России, в соответствии со ст. 19 Основ. Ответственность за причинение вреда здоровью граждан предусмат-

ривается в разделе XII Основ.

Гражданское законодательство предусматривает материальную ответственность за причинение вреда здоровью. Гражданин (физическое лицо) или юридическое лицо в случае причинения вреда здоровью другого лица обязаны возместить вред в полном объеме. Причинивший вред освобождается от его возмещения только в одном случае: если докажет, что вред причинен не по его вине. Потерпевший также имеет право на компенсацию морального вреда (нравственных и физических страданий). Размер такой компенсации определяется судом в денежной сумме.

В случае причинения увечья или иного повреждения здоровья гражданин или юридическое лицо, ответственное за вред, обязаны возместить потерпевшему заработок (доход), утраченный им вследствие потери трудоспособности или уменьшения ее, а также расходы, вызванные повреждением здоровья (расходы на лечение, усиленное питание, протезирование, посторонний уход и т. п.).

Уголовное законодательство предусматрива-

ет наказание за причинение телесных повреждений (нанесение побоев), истязание, заражение венерической, ВИЧ-инфекцией и некоторыми другими болезнями, неоказание помощи больному, угрозу убийством; загрязнение водоемов и воздуха, загрязнение моря веществами, вредными для здоровья людей и для живых ресурсов моря; склонение к потреблению наркотических веществ и другие преступления, посягающие на здоровье или создающие угрозу здоровью людей, а также нарушение правил безопасности: движения и эксплуатации транспорта; горных работ; при производстве строительных работ; на взрывоопасных предприятиях или во взрывоопасных цехах; хранения, использования, учета, перевозки взрывчатых и радиоактивных веществ или пиротехнических изделий; правил, установленных с целью борьбы с эпидемиями.

Организация охраны здоровья (комментарий к ст. 29 Федерального закона 386-ФЗ)

Статьей определены основные направления и субъекты организации охраны здоровья. Фундаментальным элементом организации охраны здоровья граждан является государственное регулирование рассматриваемых правоотношений.

Закон закрепляет шесть направлений организации охраны здоровья:

1) *государственное регулирование в сфере охраны здоровья, в том числе нормативно правовое регулирование.*

Государственное регулирование представляет собой деятельность государственных органов, направленную на достижение определенных целей, в данном случае на достижение максимальных результатов, обеспечивающих сохранение здоровья всех категорий населения страны. Государственное регулирование включает в себя, прежде

всего, правотворческую деятельность и контроль за исполнением принятых в установленном порядке нормативно-правовых актов.

Правительством Российской Федерации определяются политические векторы в рассматриваемой сфере отношений, основанные на общих конституционных принципах государственного функционирования, а также на нормах федеральных законов, в частности комментируемого закона. Уполномоченными органами в организационных целях принимаются нормативные правовые акты, регламентирующие тот или иной комплекс правоотношений в сфере здравоохранения. Следует отметить, что правотворческая деятельность должна быть основана на принципе иерархии нормативно-правовых актов, а исполнение данных актов уполномоченными органами—на соблюдении установленных законодательством требований, а также прав граждан;

2) *разработка и осуществление мероприятий по профилактике возникновения и распространения заболеваний, в том числе социально*

значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, и по формированию здорового образа жизни населения.

Данное направление включает в себя довольно широкий спектр деятельности государственных и муниципальных органов, а также учреждений. Следует отметить, что значительную нагрузку в принятии и реализации профилактических мер в сфере охраны здоровья несут наряду с медицинскими учреждениями учреждения дошкольного, общего, профессионального и высшего образования, а также организации дополнительного образования спортивного и смежного со спортом профиля, профсоюзы и общественные организации, созданные с целью защиты прав граждан на охрану здоровья и пр. Профилактика представляет собой комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на

устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

3) *организация оказания первой помощи, всех видов медицинской помощи, в том числе гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, редкими (орфанными) заболеваниями.*

Медицинская помощь—комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг. Медицинская помощь осуществляется профессионально подготовленными работниками, имеющими на это право в соответствии с действующим законодательством. Первая помощь осуществляется до оказания медицинской помощи лицами, обязанными оказывать первую помощь в соответствии с Федеральным законом или со специальным правилом и имеющими соответствующую подготовку, в том числе сотрудниками органов внутренних дел Российской Федерации, сотрудниками, военнослужащими и работниками Го-

сударственной противопожарной службы, спасателями аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб;

4) *обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения.*

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения—это состояние здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды обитания на человека и обеспечиваются благоприятные условия его жизнедеятельности. Среда обитания человека как совокупность объектов, явлений и факторов окружающей (природной и искусственной) среды, определяет условия жизнедеятельности человека. Факторами среды обитания являются биологические (вирусные, бактериальные, паразитарные и иные), химические, физические (шум, вибрация, ультразвук, инфразвук, тепловые, ионизирующие, неионизирующие и иные излучения), социальные (питание, водоснабжение, условия быта, труда, отдыха) и иные факторы среды обитания, которые оказывают или могут оказывать воздействие на человека и

(или) на состояние здоровья будущих поколений. Вредным считается воздействие таких факторов среды обитания, которые создают угрозу жизни или здоровью человека либо угрозу жизни или здоровью будущих поколений.

Порядок обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения регламентируется Федеральным законом «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

Полномочия в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения возложены Федеральным законом «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» на Российскую Федерацию и субъекты Российской Федерации, закреплены их полномочия в указанной сфере.

Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» не предусматривает полномочия органов местного самоуправления, однако это не освобождает их от обязанностей в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического

благополучия населения;

5) *обеспечение определенных категорий граждан Российской Федерации лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания в соответствии с законодательством Российской Федерации.*

Федеральным законодательством определены категории граждан и порядок их обеспечения лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания.

Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 22.10.2012 № 1074, предусмотрено, что за счет средств бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации осуществляется:

– обеспечение граждан зарегистрированными в установленном порядке на территории Российской Федерации лекарственными препарата-

ми 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.

Отдельными законами федерального и регионального уровня закреплены категории граждан, имеющие право на обеспечение их лекарствен-

ными средствами и изделиями медицинского назначения. Так, Федеральный закон «О государственной социальной помощи» предусмотрено обеспечение в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача (фельдшера) необходимыми лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов;

б) управление деятельностью в сфере охраны здоровья на основе государственного регулирования, а также саморегулирования, осуществляемого в соответствии с Федеральным законом.

Источники финансового обеспечения в сфере охраны здоровья (комментарий к ст.82 Федерального закона)

Источники финансового обеспечения в сфере охраны здоровья:

- средства федерального бюджета,
- средства бюджетов субъектов Российской Федерации,
- средства местных бюджетов,
- средства обязательного медицинского страхования (ОМС),
- средства организаций и граждан,
- средства, поступившие от физических и юридических лиц, в том числе добровольные пожертвования,
- иные не запрещенные законодательством источники.

Федеральный бюджет и бюджеты государственных внебюджетных фондов Российской Федерации разрабатываются и утверждаются в

форме федеральных законов, бюджеты субъектов Российской Федерации и бюджеты территориальных государственных внебюджетных фондов разрабатываются и утверждаются в форме законов субъектов Российской Федерации, местные бюджеты разрабатываются и утверждаются в форме муниципальных правовых актов представительных органов муниципальных образований.

Каждый субъект Российской Федерации имеет собственный бюджет и бюджет территориального государственного внебюджетного фонда. Бюджет субъекта Российской Федерации (региональный бюджет) и бюджет территориального государственного внебюджетного фонда предназначены для исполнения расходных обязательств субъекта Российской Федерации. Бюджет субъекта Российской Федерации и свод бюджетов муниципальных образований, входящих в состав субъекта Российской Федерации (без учета межбюджетных трансфертов между этими бюджетами), образуют консолидированный бюджет субъекта Российской Федерации.

Бюджет муниципального образования (местный бюджет) предназначен для исполнения расходных обязательств муниципального образования. В качестве составной части бюджетов городских и сельских поселений могут быть предусмотрены сметы доходов и расходов отдельных населенных пунктов, других территорий, не являющихся муниципальными образованиями.

За счет какого источника осуществляются те или иные мероприятия в сфере охраны здоровья, зависит от полномочий соответствующего органа государственной или местной власти.

Финансирование медицинской помощи медицинскими организациями производится исходя из подведомственности учреждения из соответствующего бюджета. Финансирование муниципальных медицинских учреждений производится за счет субвенций из регионального бюджета.

Услуги частных медицинских учреждений и лиц, осуществляющих медицинскую деятельность, оплачиваются непосредственно гражданами, обратившимися за медицинской помощью.

На практике часто возникают вопросы об источнике финансирования отдельных видов медицинской помощи или обеспечения бесплатными лекарственными средствами, медицинским оборудованием, лечебным питанием. Эти вопросы не имеют однозначного решения и зачастую разрешаются только в судебном порядке.

Финансовое обеспечение оказания гражданам отдельных видов медицинской помощи и санаторно-курортного лечения (комментарий к статье 83 Федерального закона)

Данная статья Закона определяет обязанности по финансированию отдельных видов медицинской помощи и источники их финансирования (первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи, санаторно-курортного лечения граждан, за исключением медицинской реабилитации) и категорий лиц, которым оказывается медицинская

помощь (населению отдельных территорий и работникам отдельных организаций, указанных в ст.42 Закона, военнослужащим и приравненным к ним лицам, лицам, задержанным, заключенным под стражу, отбывающим наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы или административного ареста).

Также в данной статье устанавливаются конкретные случаи финансирования граждан:

– обеспечение 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 человека или его инвалидности (за исключением заболеваний, указанных в п.2 ч.1 ст. 15 Закона), осуществляется за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации;

– расходы, связанные с оказанием бесплатной медицинской помощи в экстренной форме медицинской организацией, в том числе медицинской

организацией частной системы здравоохранения, подлежат возмещению в порядке и в размерах, установленных программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Оказание медицинскими организациями медицинской помощи, финансирование которых предусмотрено из соответствующего бюджета или фонда ОМС, возмещается им в установленном порядке.

Положение о бесплатных медицинских услугах

Статья 80. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

1. В рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи предоставляются:

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

2) специализированная медицинская помощь, высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи;

3) скорая медицинская помощь, в том числе

скорая специализированная;

4) паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях.

2. При оказании в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, 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 от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», и медицинскими изделиями, включенными в утвержденный Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека. Порядок формирования перечня медицинских изде-

лий, имплантируемых в организм человека, устанавливается Правительством Российской Федерации.

3. При оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не подлежат оплате за счет личных средств граждан:

1) оказание медицинских услуг, назначение и применение лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, медицинских изделий, компонентов крови, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи;

2) назначение и применение по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, – в случаях их

замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям;

3) размещение в маломестных палатах (боксах) пациентов—по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям, установленным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

4) создание условий пребывания 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;

5) транспортные услуги 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;

б) транспортировка и хранение в морге поступившего для исследования биологического материала, трупов пациентов, умерших в медицинских и иных организациях, и утилизация биологического материала.

4. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи утверждается сроком на три года (на очередной финансовый год и на плановый период) Правительством Российской Федерации, которое ежегодно рассматривает представляемый уполномоченным федеральным органом исполнительной власти доклад о ее реализации.

5. В рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи устанавливаются:

1) перечень видов (включая перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотех-

нологичной медицинской помощи), форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно;

2) перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно;

3) категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно;

4) базовая программа обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;

5) средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, а также порядок и структура формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты;

6) требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка, условий предоставле-

ния медицинской помощи, критериев доступности медицинской помощи.

6. В части медицинской помощи, оказание которой осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета в программе государственных гарантий, устанавливаются:

1) перечень видов, форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета;

2) перечень заболеваний, состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета;

3) категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета;

4) порядок и условия оказания медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, целевые значения критериев доступности медицинской помощи.

7. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской по-

мощи 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.

Статья 81. Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

1. В соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи органы государственной власти субъектов Российской Федерации утверждают территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающие в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования, установленные в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.

2. В рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи органы государственной власти субъектов Российской Федерации устанавливают:

1) целевые значения критериев доступности медицинской помощи в соответствии с критериями, установленными программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

2) перечень заболеваний (состояний) и перечень видов медицинской помощи, оказываемой гражданам без взимания с них платы за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации и средств бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования;

3) порядок и условия предоставления медицинской помощи, в том числе сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановом порядке;

4) порядок реализации установленного законодательством Российской Федерации права вне-

очередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в медицинских организациях, находящихся на территории субъекта Российской Федерации;

5) перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с Перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой;

6) перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

7) объем медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации об обя-

зательном медицинском страховании;

8) объем медицинской помощи в расчете на одного жителя, стоимость объема медицинской помощи с учетом условий ее оказания, подушевой норматив финансирования;

9) перечень мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, осуществляемых в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

10) порядок и размеры возмещения расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме.

3. Территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи при условии выполнения финансовых нормативов, установленных программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи могут содержать дополнительные виды и условия оказания медицинской помощи, а также дополнительные объемы медицинской помощи, в том

числе предусматривающие возможность превышения усредненных показателей, установленных стандартами медицинской помощи.

4. При формировании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи учитываются:

1) порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи;

2) особенности половозрастного состава населения;

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

4) климатические и географические особенности региона и транспортная доступность медицинских организаций;

5) 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.

5. Уполномоченный федеральный орган исполнительной власти ежегодно осуществляет мониторинг формирования, экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и производит оценку реализации таких программ, а совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования—территориальных программ обязательного медицинского страхования.

**Постановление Правительства
Российской Федерации от
18.10.2013 № 932 о программе
государственных гарантий
бесплатного оказания гражданам
медицинской помощи на 2014 год
и на плановый период 2015 и 2016
годов**

Председатель Правительства Рос-
сийской Федерации Д. Медведев

I. Общие положения

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 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 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, включая территориальные программы обязательного медицинского страхования, установленные в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании (далее — территориальная программа).

II. Виды, условия и формы оказания медицинской помощи

В рамках Программы бесплатно предоставляются:

- первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная 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, в плановой и неотложной форме.

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 высо-

котехнологичную, медицинскую помощь.

Специализированная 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 генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

Высокотехнологичная медицинская по-

мощь оказывается медицинскими организациями в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, утвержденным Министерством здравоохранения и социального развития 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, находя-

щихся 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 следую-

щих 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.

III. Перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, и категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно

Гражданам медицинская помощь оказывается бесплатно при следующих заболеваниях и состояниях:

- инфекционные и паразитарные болезни;
- 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;
- психические расстройства и расстройства поведения;
- симптомы, признаки и отклонения от нормы, не отнесенные к заболеваниям и состояниям.

Отдельным категориям граждан:

- предоставляется обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации (в соответ-

ствии с разделом IV Программы);

- проводится диспансеризация и профилактические медицинские осмотры в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, включая взрослое население в возрасте 18 лет и старше, в том числе работающих и неработающих граждан, обучающихся в образовательных организациях по очной форме, пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, и другие категории.

IV. Финансовое обеспечение Программы

Источниками финансового обеспечения Программы являются средства федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации, местных бюджетов (в случае передачи орга-

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

За счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования:

- застрахованным лицам 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 2014 году) при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе III Программы, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита, психических расстройств и расстройств поведения;

- осуществляется финансовое обеспечение мероприятий по диспансеризации и профилак-

ческим медицинским осмотрам отдельных категорий граждан, указанных в разделе III Программы, применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая лекарственное обеспечение в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях.

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

При установлении территориальной программой обязательного медицинского страхования страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования территориальная про-

грамма 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 меди-

цинской 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 и социального развития 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 биологи-

ческими 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 и социального развития 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;

- лечения граждан Российской Федерации за пределами территории Российской Федерации, направленных в порядке, установленном Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

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

- предоставления в установленном порядке бюджетам субъектов Российской Федерации и

бюджету г. Байконура 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, гипофилярным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, по перечню лекарственных препаратов, утверждаемому Правительством Российской Федерации;

- 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 в соответствии с пунктом 1 части 1 статьи 6.2 Федерального закона «О государственной социальной

помощи»;

- дополнительных мероприятий, установленных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

При оказании в 2014 году 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 медицин-

ской помощи, не включенной в территориальную программу обязательного медицинского страхования, не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию лицам, специализированной санитарно-авиационной скорой медицинской помощи, 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 средств и психо-

тропных 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;
- 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 жиз-

ни гражданина или его инвалидности;

- обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и медицинские изделия в соответствии с законодательством Российской Федерации отпускаются по рецептам врачей бесплатно;

- 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.

В рамках территориальной программы за

счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и средств обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение проведения осмотров врачами и диагностических исследований в целях медицинского освидетельствования лиц, желающих усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей, оставшихся без попечения родителей, а также 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 профессиональные организации или военные образовательные организации высшего образования, призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу, за исключением медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной или приравненной к ней службе.

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 профилактики и борьбы со СПИДом, лечебно-физкультурных диспансерах, центрах охраны здоровья 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, в центрах крови, на станциях переливания крови, домах ребенка, включая специализированные, молочных кухнях и прочих медицинских организациях, входящих в номенклатуру медицинских организаций, утверждаемую Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

V. Средние нормативы объема медицинской помощи Средние нормативы объема медицинской помощи по ее видам в целом по Программе определяются в единицах объема в расчете на 1 жителя в год, по базовой программе обязательного медицинского страхования—в расчете 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

эвакуацию, на 2014–2016 годы—в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования—0,318 вызова на 1 застрахованное лицо;

- для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), на 2014 год—2,77 посещения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования—2,27 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2015 год—2,95 посещения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования—2,35 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2016 год—2,98 посещения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования—2,38 посещения на 1 застрахованное лицо;

- для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями, на 2014 год—2,12 обращения (законченного случая лечения заболевания в амбулаторных усло-

виях с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее двух на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования—1,92 обращения на 1 застрахованное лицо, на 2015 год—2,15 обращения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования—1,95 обращения на 1 застрахованное лицо, на 2016 год—2,18 обращения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования—1,98 обращения на 1 застрахованное лицо;

- для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2014 год—0,46 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2015 год—0,6 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2016 год—0,6 посещения на 1 застрахованное лицо;

- для медицинской помощи в условиях дневных стационаров на 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, на 2016 год—0,735 пациенто-дня на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования—0,61 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо;

- для медицинской помощи в стационарных условиях на 2014 год—0,197 случая госпитализации (законченного случая лечения в стационарных условиях) на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования—0,176 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, на 2015 год—0,193 случая госпитализации на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования—0,172 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, на 2016 год—0,193 случая госпитализации на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования—0,172 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных боль-

ницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация», и реабилитационных отделениях медицинских организаций в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2014 год—0,03 койко-дня на 1 застрахованное лицо, на 2015 год—0,033 койко-дня на 1 застрахованное лицо, на 2016 год—0,039 койко-дня на 1 застрахованное лицо;

- для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях на 2014 год—0,092 койко-дня на 1 жителя, на 2015 год—0,112 койко-дня на 1 жителя, на 2016 год—0,115 койко-дня на 1 жителя.

Объем медицинской помощи, оказываемой не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию гражданам в экстренной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования, включается в средние нормативы объема амбулаторной и стационарной меди-

цинской 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).

Субъектами Российской Федерации могут устанавливаться дифференцированные нормативы объема медицинской помощи на 1 жителя и нормативы объема медицинской помощи на 1 застрахованное лицо с учетом этапов оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи.

В целях обеспечения доступности медицинской помощи гражданам, проживающим в малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах, а также в сельской местности территориальными программами устанавливаются дифференцированные объемы медицинской помощи с учетом использования санитарной авиации, телемедицины и передвиж-

ных форм предоставления медицинских услуг.

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 2014 год составляют:

- на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования—1507,4 рубля;
- на 1 посещение с профилактической и иными целями при оказании медицинской по-

мощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов (далее—соответствующие бюджеты)—360 рублей, за счет средств обязательного медицинского страхования—318,4 рубля;

- 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, за счет средств обязательного медицинского страхования—932,8 рубля;

- на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования—407,6 рубля;

- на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров за счет средств соответствующих бюджетов—559,4 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования—1227,9 рубля;

- на 1 случай применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) за счет средств обязательного медицинского страхования—113109 рублей;

- на 1 случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих

медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств соответствующих бюджетов—61732,8 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования—19186,2 рубля;

- на 1 койко-день по медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация», и реабилитационных отделениях медицинских организаций за счет средств обязательного медицинского страхования—1293,8 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 соответствующ-

щих бюджетов—1654,3 рубля.

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Программой, на 2015 и 2016 годы составляют:

- на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования—1582,8 рубля на 2015 год, 1635,6 рубля на 2016 год;

- на 1 посещение с профилактической и иными целями при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств соответствующих бюджетов—448,9 рубля на 2015 год, 468,2 рубля на 2016 год, за счет средств обязательного медицинского страхования—351 рубль на 2015 год, 355,5 рубля на 2016 год;

- на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств соответствующих бюджетов—1256,9 руб-

ля на 2015 год, 1310,9 рубля на 2016 год, за счет средств обязательного медицинского страхования—1023,2 рубля на 2015 год, 1066,5 рубля на 2016 год;

- на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования—449,3 рубля на 2015 год, 452,2 рубля на 2016 год;

- на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров за счет средств соответствующих бюджетов—734,5 рубля на 2015 год, 766,8 рубля на 2016 год, за счет средств обязательного медицинского страхования—1309,1 рубля на 2015 год и 1323,4 рубля на 2016 год;

- на 1 случай применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) за счет средств обязательного медицинского страхования—119964,1 рубля на 2015 год, 125962 рубля на 2016 год;

- на 1 случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стацио-

нарных условиях, за счет средств соответствующих бюджетов—79668,6 рубля на 2015 год, 83094 рубля на 2016 год, за счет средств обязательного медицинского страхования—22452,3 рубля на 2015 год, 23544,2 рубля на 2016 год;

- на 1 койко-день по медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация», и реабилитационных отделениях медицинских организаций за счет средств обязательного медицинского страхования—1539,3 рубля на 2015 год, 1623,4 рубля на 2016 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—2137 рублей на 2015 год, 2228,9 рубля на 2016 год.

Порядок формирования и структура тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы обязательного меди-

цинского 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 2014 году—10294,4 рубля, в 2015 году—12096,7 рубля, в 2016 году—12642,1 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 2014 году—6962,5 рубля, в 2015 году—8481,5 рубля, в 2016 году—8863,2 рубля.

Норматив финансового обеспечения терри-

ториальной 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 тарифным соглашением между уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом обязательного медицинского страхования, представителями страховых медицинских организаций, медицинских профессиональных некоммерческих организаций, созданных в соответствии со статьей 76 Федерального

закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), включенными в состав комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, создаваемой в субъекте Российской Федерации в установленном порядке.

В субъекте Российской Федерации тарифы на оплату медицинской помощи формируются в соответствии с принятыми в территориальной программе обязательного медицинского страхования способами оплаты медицинской помощи и в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, включая денежные выплаты:

- врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных вра-

чей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

- медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

- врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

- врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

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) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

- 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 (за единицу объема медицинской помощи);

- при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, – за законченный случай лечения заболевания, включенного в со-

ответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

- при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, – за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

- 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 в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

VII. 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 ор-

ганизациях, 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;

- 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 се-

мый 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 и социального развития 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;

- целевые значения критериев доступности и

качества медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы;

- 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.

В медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, ведется лист ожидания оказания специализированной медицинской помощи в плановой форме и осуществляется информирование граждан в доступной форме, в том числе с использованием информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», о сроках ожидания оказания специализированной медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных.

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.

VIII. Критерии доступности и качества медицинской помощи

Критериями доступности и качества медицинской помощи являются:

- удовлетворенность населения медицинской

помощью, в том числе городского, сельского населения (процентов от числа опрошенных);

- смертность населения, в том числе городского, сельского населения (число умерших на 1000 человек населения);

- смертность населения от болезней системы кровообращения, в том числе городского, сельского населения (число умерших от болезней системы кровообращения на 100 тыс. человек населения);

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

- смертность населения от туберкулеза, в том числе городского, сельского населения (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, в том числе в городской и сельской местности);

- смертность детей в возрасте 0–4 лет (на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста);

- смертность детей в возрасте 0–17 лет (на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста);

- доля пациентов, больных злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более, в общем числе пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете;

- обеспеченность населения врачами (на 10 тыс. человек населения, включая городское и сельское население), в том числе оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных и стацио-

нарных условиях;

- обеспеченность населения средним медицинским персоналом (на 10 тыс. человек населения, включая городское и сельское население), в том числе оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях;

- средняя длительность лечения в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (в среднем по субъекту Российской Федерации);

- эффективность деятельности медицинских организаций, в том числе расположенных в городской и сельской местности (на основе оценки выполнения функции врачебной должности, показателей рационального и целевого использования коечного фонда);

- доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров в общих расходах на территориальную программу;

- доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме в общих расходах на территориальную программу;

- доля расходов на оказание паллиативной медицинской помощи в общих расходах на территориальную программу;

- удельный вес числа пациентов со злокачественными новообразованиями, выявленными на ранних стадиях, в общем числе пациентов с впервые выявленными злокачественными новообразованиями;

- полнота охвата профилактическими медицинскими осмотрами детей, в том числе проживающих в городской и сельской местности;

- удельный вес числа пациентов, получивших специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в федеральных медицинских организациях, в общем числе пациентов, которым была оказана медицинская помощь в стационарных условиях в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

- число лиц, проживающих в сельской местности, которым оказана скорая медицинская помощь, на 1000 человек сельского населения;

- доля фельдшерско-акушерских пунктов и

фельдшерских пунктов, находящихся в аварийном состоянии и требующих капитального ремонта, в общем количестве фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских пунктов;

- доля выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до пациента менее 20 минут с момента вызова в общем количестве вызовов;

- удельный вес числа лиц в возрасте 18 лет и старше, прошедших диспансеризацию, в общем количестве лиц в возрасте 18 лет и старше, подлежащих диспансеризации, в том числе проживающих в городской и сельской местности;

- удельный вес числа пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с инфарктом миокарда;

- удельный вес числа пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда;

- удельный вес числа пациентов с острым ин-

фарктом миокарда, которым проведено стентирование коронарных артерий, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда;

- количество проведенных выездной бригадой скорой медицинской помощи тромболизисов у пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда и с острыми цереброваскулярными болезнями в расчете на 100 пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда и с острыми цереброваскулярными болезнями, которым оказана медицинская помощь выездными бригадами скорой медицинской помощи;

- удельный вес числа пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями;

- удельный вес числа пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия в первые 6 часов госпитализации, в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом;

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

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, являются:

- удельный вес объема специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказанной жителям, проживающим за пределами субъекта Российской Федерации, в котором расположена федеральная медицинская организация, в общем объеме медицинской помощи, оказанной этой медицинской организаци-

ей;

- удельный вес расходов на оказание медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в общем объеме расходов федеральной медицинской организации;
- доля расходов, осуществляемых за счет предоставления платных услуг, в структуре всех расходов на медицинскую помощь, оказываемую в федеральных медицинских организациях.

Комментарии и вопросы

Государственные гарантии бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (комментарий кет. 80 ФЗ)

1. В рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи предоставляются:

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

- 2) специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная;
- 3) скорая медицинская помощь, в том числе скорая специализированная;
- 4) паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях.

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.

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 состо-

ний (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 и социального развития Российской Федерации.

Скорая, в том числе скорая специализированная, *медицинская помощь* оказывается гражда-

нам 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.

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, со-

стояниях, 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.

2. При оказании в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, паллиативной медицинской по-

мощи 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.

Согласно ст.4 данного Закона перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов—это ежегодно утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, обеспечивающих приоритетные потребности здравоохранения в целях профилактики и лечения заболеваний, в том числе преобладающих в структуре заболеваемости в Российской Федерации.

При оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ

государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не подлежат оплате за счет личных средств граждан:

1) оказание медицинских услуг, назначение и применение лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, медицинских изделий, компонентов крови, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи;

2) назначение и применение по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, – в случаях их замены из-за индивидуальной непереносимости, пожизненным показаниям;

3) размещение в маломестных палатах (боксах) пациентов—по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям, установленным приказом Минздравсоцразвития России от

15.05.2012 № 535н «Об утверждении перечня медицинских и эпидемиологических показаний к размещению пациентов в маломестных палатах (боксах)»;

4) создание условий пребывания 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;

5) транспортные услуги 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;

б) транспортировка и хранение в морге поступившего для исследования биологического материала, трупов пациентов, умерших в медицинских и иных организациях, и утилизация биологического материала.

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи утверждается сроком на 3 года (на очередной финансовый год и на плановый период) Правительством Российской Федерации, которое ежегодно рассматривает представляемый уполномоченным федеральным органом исполнительной власти доклад о ее реализации.

В рамках территориальной программы за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и средств ОМС 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.

Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» закреплено, что базовая программа ОМС— составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой Правительством Российской Федерации.

Базовая программа ОМС определяет виды медицинской помощи, перечень страховых случаев, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации за счет средств ОМС, а также критерии доступности и качества медицинской помощи. В базовой программе ОМС устанавливаются требования к условиям оказания медицинской помощи, нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно за-

страхованное лицо, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, нормативы финансового обеспечения базовой программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо, а также расчет коэффициента удорожания базовой программы ОМС.

В рамках базовой программы ОМС оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи), специализированная медицинская помощь в следующих случаях: инфекционных и паразитарных болезней, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита; новообразований; болезней эндокринной системы; расстройств питания и нарушения обмена веществ; болезней нервной системы и др.

Правительство Российской Федерации вправе при утверждении базовой программы ОМС

устанавливать дополнительный перечень заболеваний и состояний, включаемых в базовую программу ОМС в качестве случаев оказания медицинской помощи, и дополнительные элементы структуры тарифа на оплату медицинской помощи к установленным действующим Федеральным законом.

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи 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.

Платные медицинские услуги

**Федеральный закон от 21.11.2011
№ 323-ФЗ «Об основах охраны
здоровья граждан в Российской
федерации» (ред. от 28.12.2013)**

**Статья 84. Оплата
медицинских услуг**

1. Граждане имеют право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по их желанию при оказании медицинской помощи, и платных немедицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи.

2. Платные медицинские услуги оказываются пациентам за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования.

3. При оказании платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи.

4. Платные медицинские услуги могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

5. Медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги:

1) на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами;

2) при оказании медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

3) 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;

4) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 настоящего Федерального закона.

6. Отказ пациента от предлагаемых платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объема оказываемой медицинской помощи, предоставляемых такому пациенту без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7. Порядок и условия предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг пациентам устанавливаются Правительством Российской Федерации.

8. К отношениям, связанным с оказанием платных медицинских услуг, применяются положения Закона Российской Федерации от 7.02.1992№ 2300–1 «О защите прав потребителей».

**Правительство Российской
Федерации
Постановление от 4.10.2012
№ 1006 об утверждении правил
предоставления медицинскими
организациями платных
медицинских услуг**

Председатель Правительства Рос-
сийской Федерации Д. Медведев

I. Общие положения

1. Настоящие Правила определяют порядок и условия предоставления медицинскими органи-

зациями 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—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 и 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) заказ-

чика:

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) информацию 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;

- фамилию, 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, дату 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 плат-

ных 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 потре-

битель (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 предостав-

ляются 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 медицин-

ской 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.

Комментарии и вопросы

Оплата медицинских услуг (комментарий кет. 84. ФЗ)

Статья 84 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определяет, что граждане имеют право на получение платных медицинских услуг.

Причем оказание платных медицинских услуг осуществляется по желанию самого пациента, навязывание таких услуг не допускается. К платным услугам, на предоставление которых имеют право граждане, можно отнести бытовые, транспортные, сервисные и другие дополнительные услуги.

Платные

медицинские услуги—медицинские услуги, которые предоставляются на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе и договоров добровольного медицинского страхования. Сторонами договора по оказанию платных медицинских услуг являются потребитель и исполнитель. Потребителем является физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные услуги, является пациентом.

Договор может заключаться в интересах третьего лица, и в этом случае стороной договора оказания платных медицинских услуг является заказчик. Заказчик—физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в интересах потребителя.

Другой стороной договора является исполни-

тель. В качестве исполнителя выступает медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям.

Договор по оказанию платных медицинских услуг является гражданско-правовым договором, согласно которого одна сторона, исполнитель обязуется предоставить другой стороне—потребителю (заказчику) в сроки и в порядке, определенном договором, медицинскую услугу на возмездной основе, а другая сторона обязуется оплатить предоставленную исполнителем медицинскую услугу. Оплата медицинских услуг подтверждается документом установленного образца (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности).

Платные медицинские услуги могут также оказывать на основании договоров добровольного медицинского страхования.

Добровольное медицинское страхование физических лиц осуществляется на основании договора личного страхования (п. 1 ст. 934 ГК РФ). Данный договор заключается (страхователем) со страховой организацией (страховщиком) (п. 1 ст.

Организация, финансирование и предоставление застрахованному по договору о добровольном медицинском страховании медицинской помощи осуществлялось Законом Российской Федерации от 28.06.1991 № 1499–1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». С 1 января 2011 г. данный Закон отменен Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Нового закона, регламентирующего программу добровольного медицинского страхования, пока нет.

Сейчас заключение договора добровольного медицинского страхования и оплата медицинских услуг осуществляются в соответствии с ГК РФ и Законом Российской Федерации «Об организации страхового дела». Таким образом, страховую премию (плату за страхование) организация обязана уплатить в порядке и в сроки, которые установлены договором страхования (п. 1 ст. 954 ГК РФ). Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу в момент

уплаты страховой премии или первого ее взноса (п. 1 ст. 957 ГК РФ).

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. Объем, сроки и другие требования к платным медицинским услугам определяются соглашением сторон, если Федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации не предусмотрены иные требования.

Потребители (пациенты) имеют право на получение полной информации 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. Исполнитель (медицинская организация) обязан предоставить такую информацию. Помимо этого, пациент имеет право на получение информации о

применяемых в его лечении медицинских препаратов и медицинских изделий, в том числе о сроках годности и показаниях к применению.

Если при предоставлении платных медицинских услуг требуется проведение дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом потребителя (заказчика), и только с согласия потребителя (заказчика) исполнитель вправе предоставлять платные дополнительные медицинские услуги.

В случае возникновения необходимости оказания платных дополнительных услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях такие медицинские услуги оказываются бесплатно в соответствии с настоящим Законом.

Потребитель обязан соблюдать все рекомендации медицинского работника во время оказания ему платной медицинской услуги согласно договору, в том числе назначенного режима лечения, несоблюдение которого может привести к снижению качества предоставляемой платной

услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя. Об этом исполнитель должен проинформировать потребителя в письменной форме перед заключением договора.

Потребитель в любое время может отказаться от предоставления ему платных медицинских услуг после заключения договора. В этом случае договор расторгается, при этом потребитель (заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением по договору обязательств.

После исполнения договора исполнителем выдаются потребителю или законному представителю потребителя медицинские документы, отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг. К таким документам относятся: копии медицинских документов; выписки из медицинских документов (медицинской карты).

При оказании платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи.

Закон говорит, что платные медицинские услуги по желанию пациента могут оказываться сверх выполняемых стандартов медицинской помощи. Дополнительные медицинские услуги могут оказываться в качестве разовых консультаций и медицинского вмешательства.

Стандарты медицинской помощи внедряются в медицинских организациях, имеющих лицензию на соответствующие виды медицинской деятельности. Стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг.

Медицинская помощь оказывается в соответствии со стандартом медицинской помощи, который разрабатывается на отдельные виды медицинской деятельности, на предоставление и применение медицинских услуг, лекарственных препаратов, видов лечебного питания, медицинских изделий и иного исходя из особенностей заболевания. Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного питания, которые не входят в соответствующий стандарт медицин-

ской помощи, допускается в случае наличия медицинских показаний по решению врачебной комиссии.

В настоящее время вступили в силу новые Правила предоставления платных медицинских услуг. В данных Правилах установлена обязанность информирования граждан посредством размещения сведений на интернет-сайте медицинской организации или на информационном стенде, в том числе, о перечне платных услуг с указанием цен и порядка их оплаты, о медицинских работниках, участвующих в оказании таких услуг, графике их работы. Установлена ответственность исполнителя за ненадлежащее исполнение обязательств по договору, и определен порядок осуществления контроля за оказанием платных медицинских услуг.

Согласно данным Правилам медицинские организации, участвующие в реализации программы и территориальной программы, имеют право предоставлять платные медицинские услуги гражданам, обращающимся анонимно за медицинской помощью, а также иностранным гражда-

нам, лицам без гражданства. Исключение составляют иностранные граждане и лица без гражданства, застрахованные по ОМС, и граждане Российской Федерации, которые постоянно не проживают на ее территории и не являются застрахованными по обязательному медицинскому страхованию. В отношении граждан, обращающихся за оказанием платных медицинских услуг анонимно, исключение составляют случаи, когда медицинская помощь анонимно должна оказываться на бесплатной основе.

Порядок предоставления медицинской помощи иностранным гражданам регламентирован постановлением Правительства Российской Федерации от 6.03.2013 № 186 «Об утверждении Правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации».

Настоящими Правилами определено, что *медицинская помощь иностранным гражданам, временно пребывающим (временно проживающим) или постоянно проживающим в Российской Федерации, может оказываться, в*

том числе индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность. Счета-фактуры за фактически оказанную медицинскую помощь в течение 10 дней после окончания лечения направляются медицинской организацией в адрес иностранного гражданина или юридического либо физического лица, представляющего интересы иностранного гражданина, если иное не предусмотрено договором, в соответствии с которым она была оказана.

Бюджетные медицинские учреждения самостоятельно определяют цены на медицинские услуги в соответствии с размерами расчетных и расчетно-нормативных затрат на их оказание и на содержание имущества.

В соответствии с заключенным договором об оказании платных медицинских услуг между исполнителем и потребителем (заказчиком) исполнитель обязан оказывать платную медицинскую услугу соответствующего качества, оговоренного в содержании договора. При отсутствии в содержании условия о ее качестве или при неполноте условий договора исполнитель оказывает

медицинскую услугу, качество которой должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

Обязательным условием оказания платных медицинских услуг является *информированное добровольное согласие* пациента или его законного представителя.

Пациент или его законный представитель имеют право знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья и получать их копии.

При оказании платных медицинских услуг не допускается предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия пациента или его законного представителя. Платные медицинские услуги не могут оказываться взамен или в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

6. К отношениям, связанным с оказанием платных медицинских услуг, применяются поло-

жения Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей». Особенно важно применение положений закона при несоблюдении или ненадлежащем соблюдении условий договора по оказанию платных медицинских услуг.

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

Обязательное медицинское
страхование
Обязательное страхование.
Права и льготы

Российская Федерация
Федеральный закон № 326-ФЗ об
обязательном медицинском
страховании в Российской
Федерации (в ред. от 12.03.2014
№ 33-ФЗ)

Принят Государственной Думой
19 ноября 2010 года

Одобен Советом Федерации 24
ноября 2010 года

Статья 21. Средства обязательного медицинского страхования

Средства обязательного медицинского страхования формируются за счет:

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

ством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации;

4) доходов от размещения временно свободных средств;

5) иных источников, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Статья 22. Страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения

1. Обязанность по уплате страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения, размер страхового взноса на обязательное медицинское страхование работающего населения и отношения, возникающие в процессе осуществления контроля за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты (перечисления) указанных страховых взносов и привлечения к ответственности за

нарушение порядка их уплаты, устанавливаются Федеральным законом от 24.07.2009 № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования».

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

Статья 23. Размер страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения

1. Размер и порядок расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения устанавливаются Федеральным законом.

2. Годовой объем бюджетных ассигнований, предусмотренных бюджетом субъекта Российской Федерации на обязательное медицинское страхование неработающего населения, не может быть меньше произведения численности неработающих застрахованных лиц на 1 апреля года, предшествующего очередному, в субъекте Российской Федерации и тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения, установленного федеральным законом.

3. Годовой объем бюджетных ассигнований на обязательное медицинское страхование нерабо-

тающего населения утверждается законом о бюджете субъекта Российской Федерации в отношении застрахованных лиц, указанных в пункте 5 статьи 10 настоящего Федерального закона.

Статья 26. Состав бюджета Федерального фонда и бюджетов территориальных фондов

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

- 1) страховые взносы на обязательное медицинское страхование;

- 2) недоимки по взносам, налоговым платежам;
- 3) начисленные пени и штрафы;
- 4) средства федерального бюджета, передаваемые в бюджет Федерального фонда в случаях, установленных федеральными законами;
- 5) доходы от размещения временно свободных средств;
- б) иные источники, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

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

1) предоставления субвенций из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов для финансового обеспечения расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении переданных в соответствии с частью 1 статьи 6 настоящего Федерального закона полномочий;

2) исполнения расходных обязательств Российской Федерации, возникающих в результате принятия федеральных законов и (или) норма-

тивных правовых актов Президента Российской Федерации, и (или) нормативных правовых актов Правительства Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан;

3) выполнения функций органа управления Федерального фонда.

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

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

1) субвенции из бюджета Федерального фон-

да бюджетам территориальных фондов;

2) межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета Федерального фонда в соответствии с законодательством Российской Федерации (за исключением субвенций, предусмотренных пунктом 1 настоящей части);

3) платежи субъектов Российской Федерации на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования в соответствии с настоящим Федеральным законом;

4) платежи субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, в соответствии с настоящим Федеральным законом;

5) доходы от размещения временно свободных средств;

6) межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта Российской Федера-

ции, в случаях, установленных законами субъекта Российской Федерации;

7) начисленные пени и штрафы, подлежащие зачислению в бюджеты территориальных фондов в соответствии с законодательством Российской Федерации;

8) иные источники, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

5. Расходы бюджетов территориальных фондов осуществляются в целях финансового обеспечения:

1) выполнения территориальных программ обязательного медицинского страхования;

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

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

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

5) выполнения функций органа управления территориального фонда.

6. В составе бюджета территориального фонда формируется нормированный страховой запас. Размер и цели использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда устанавливаются законом о бюджете территориального фонда в соответствии с порядком использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда, установленным Федеральным фондом. Размер средств нормированного страхового запаса территориального фонда (без учета средств для осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами

территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования) не должен превышать среднемесячный размер планируемых поступлений средств территориального фонда на очередной год.

7. Размер и порядок уплаты платежей субъекта Российской Федерации, указанных в пунктах 3 и 4 части 4 настоящей статьи, устанавливаются законом субъекта Российской Федерации.

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

Статья 28. Формирование средств страховой медицинской организации и их расходование

1. Целевые средства страховой медицинской организации формируются за счет:

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

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

а) средств по результатам проведения медико-экономического контроля;

б) 70 процентов сумм, необоснованно предъ-

явленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи;

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

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

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

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

территориальной программой обязательного медицинского страхования.

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

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

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

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

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

4) 50 процентов сумм, поступивших в резуль-

тате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

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

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

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

б. Операции со средствами обязательного ме-

дицинского страхования в страховой медицинской организации подлежат отражению в отчете об исполнении бюджета территориального фонда на основании отчетности страховой медицинской организации без внесения изменений в закон о бюджете территориального фонда.

Статья 30. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

1. Тарифы на оплату медицинской помощи рассчитываются в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в составе правил обязательного медицинского страхования, и включают в себя статьи затрат, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования.

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 21.11.2011 № 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. Требования к структуре и содержанию указанного тарифного соглашения устанавливаются Федеральным фондом.

3. Тарифы на оплату медицинской помощи в одной медицинской организации являются едиными для всех страховых медицинских орга-

низаций, находящихся на территории субъекта Российской Федерации, оплачивающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также в случаях, установленных настоящим Федеральным законом, – в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

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

5. Уполномоченные органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации размещают на своих официальных сайтах в сети «Интернет» установленные тарифы на оплату медицинской помощи в срок не позднее 14 календарных дней со дня их установления.

Статья 31. Возмещение расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью

1. Расходы, осуществленные в соответствии с настоящим Федеральным законом страховой медицинской организацией, на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью (за исключением расходов на оплату лечения застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве) подлежат возмещению лицом, причинившим вред здоровью застрахованного лица.

2. Предъявление претензии или иска к лицу, причинившему вред здоровью застрахованного лица, в порядке возмещения расходов на оплату оказанной медицинской помощи страхо-

вой медицинской организацией осуществляется на основании результатов проведения экспертизы качества медицинской помощи, оформленных соответствующим актом.

3. Размер расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью определяется страховой медицинской организацией на основании реестров счетов и счетов медицинской организации.

4. Страховая медицинская организация в дополнение к требованиям, предусмотренным частями 1 и 2 настоящей статьи, вправе предъявить лицу, причинившему вред здоровью застрахованного лица, требование о возмещении своих расходов на проведение дополнительной экспертизы по установлению факта причинения вреда здоровью застрахованного лица, оформление необходимой документации, а также о возмещении судебных издержек.

5. Иск о возмещении расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью

и связанных с ними расходов страховой медицинской организации предъявляется в порядке гражданского судопроизводства.

6. Юридические и физические лица, виновные в причинении вреда здоровью застрахованного лица, могут возмещать расходы на оплату оказанной медицинской помощи в досудебном порядке.

Статья 32. Оплата расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве

1. Оплата расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве осуществляется в соответствии с Федеральным за-

коном от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» Фондом социального страхования Российской Федерации за счет средств обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

2. Сведения о принятом решении об оплате расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве направляются не позднее 10 дней со дня принятия решения исполнительными органами Фонда социального страхования Российской Федерации территориальным фондам в порядке, установленном Фондом социального страхования Российской Федерации по согласованию с Федеральным фондом.

3. Территориальный фонд направляет сведения, указанные в части 2 настоящей статьи, страховым медицинским организациям и (или) другим территориальным фондам в порядке, установленном правилами обязательного медицин-

ского страхования.

Программы обязательного медицинского страхования

Статья 35. Базовая программа обязательного медицинского страхования

1. Базовая программа обязательного медицинского страхования—составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой Правительством Российской Федерации.

2. Базовая программа обязательного медицинского страхования определяет виды медицинской помощи (включая перечень видов высо-

котехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения), перечень страховых случаев, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации за счет средств обязательного медицинского страхования, а также критерии доступности и качества медицинской помощи.

3. В базовой программе обязательного медицинского страхования устанавливаются требования к условиям оказания медицинской помощи, нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, нормативы финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо, а также расчет коэффициента удорожания базовой программы обязательного медицинского страхования. Указанные в настоящей части нор-

мативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи устанавливаются также по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения.

4. Страхование обеспечение в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования устанавливается исходя из стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

5. Права застрахованных лиц на бесплатное оказание медицинской помощи, установленные базовой программой обязательного медицинского страхования, являются едиными на всей территории Российской Федерации.

6. В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой меди-

цинской помощи), специализированная медицинская помощь в следующих случаях:

1) инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита;

2) новообразования;

3) болезни эндокринной системы;

4) расстройства питания и нарушения обмена веществ;

5) болезни нервной системы;

6) болезни крови, кроветворных органов;

7) отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;

8) болезни глаза и его придаточного аппарата;

9) болезни уха и сосцевидного отростка;

10) болезни системы кровообращения;

11) болезни органов дыхания;

12) болезни органов пищеварения;

13) болезни мочеполовой системы;

14) болезни кожи и подкожной клетчатки;

15) болезни костно-мышечной системы и со-

единительной ткани;

16) травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;

17) врожденные аномалии (пороки развития);

18) деформации и хромосомные нарушения;

19) беременность, роды, послеродовой период и аборты;

20) отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

7. Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на опла-

ту услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

8. Правительство Российской Федерации вправе при утверждении базовой программы обязательного медицинского страхования устанавливать дополнительный перечень заболеваний и состояний, включаемых в базовую программу обязательного медицинского страхования в качестве случаев оказания медицинской помощи, и дополнительные элементы структуры тарифа на оплату медицинской помощи к установленным настоящим Федеральным законом.

9. Базовая программа обязательного медицинского страхования устанавливает требования

к территориальным программам обязательного медицинского страхования.

Статья 36. Территориальная программа обязательного медицинского страхования

1. Территориальная программа обязательного медицинского страхования—составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой в порядке, установленном законодательством субъекта Российской Федерации. Территориальная программа обязательного медицинского страхования формируется в соответствии с требованиями, установленными базовой программой обязательного медицинского страхования.

2. Территориальная программа обязательного медицинского страхования включает в себя виды и условия оказания медицинской помощи (включая перечень видов высокотехнологичной

медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения), перечень страховых случаев, установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, и определяет с учетом структуры заболеваемости в субъекте Российской Федерации 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 и норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо. Указанные в настоящей части значения нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо устанавливаются также по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения.

3. Норматив финансового обеспечения территориальной программы обязательного меди-

цинского страхования может превышать установленный базовой программой обязательного медицинского страхования норматив финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования в случае установления 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.

4. Финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования в случаях, указанных в части 3 настоящей статьи, осуществляется за счет платежей субъектов Российской Федерации, уплачиваемых в бюджет территориального фонда, в размере разницы между нормативом финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования и нормативом финансового обеспечения базовой программы обязатель-

ного медицинского страхования с учетом численности застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации.

5. В случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, территориальная программа обязательного медицинского страхования должна предусматривать перечень направлений использования средств обязательного медицинского страхования.

6. Территориальная программа обязательного медицинского страхования в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования определяет на территории субъекта Российской Федерации способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, содержит реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, определяет условия оказания

медицинской помощи в них, а также целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи.

7. Территориальная программа обязательного медицинского страхования может включать в себя перечень страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования при условии выполнения требований, установленных базовой программой обязательного медицинского страхования.

8. 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 едини-

цу 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.

9. Для разработки проекта территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации создается комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, в состав которой входят представители органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориального фонда, страховых медицинских организаций и

медицинских организаций, представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации, на паритетных началах. Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования формируется и осуществляет свою деятельность в соответствии с положением, являющимся приложением к правилам обязательного медицинского страхования.

10. Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования, распределяются решением комиссии, указанной в части 9 настоящей статьи, между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим амбулаторно-

поликлиническую помощь, а также потребности застрахованных лиц в медицинской помощи. Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, в котором застрахованным лицам выдан полис обязательного медицинского страхования, включают в себя объемы предоставления медицинской помощи данным застрахованным лицам за пределами территории этого субъекта Российской Федерации.

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

12. Уполномоченные органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации размещают на своих официальных сайтах в сети «Интернет» утвержденные территориальные программы обязательного медицинского страхо-

вания в срок не позднее 14 календарных дней со дня их утверждения.

**Министерство здравоохранения и
социального развития Российской
Федерации Приказ от 28.02.2011
№ 158н об утверждении правил
обязательного медицинского
страхования (в ред. от 20.11.2013
№ 859ан)**

1. Настоящие Правила обязательного медицинского страхования (далее—Правила) регулируют правоотношения субъектов и участников обязательного медицинского страхования при реализации Федерального закона от 29.11.2010 № 326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее—Федеральный

закон).

2. Правила устанавливают порядок подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации застрахованным лицом; единые требования к полису обязательного медицинского страхования; порядок выдачи полиса обязательного медицинского страхования либо временного свидетельства застрахованному лицу; порядок ведения реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования; порядок ведения реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования; порядок направления территориальным фондом обязательного медицинского страхования сведений о принятом решении об оплате расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве; порядок оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию; порядок осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застра-

хованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования; порядок утверждения для страховых медицинских организаций дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения обязательного медицинского страхования; методику расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию; порядок оказания видов медицинской помощи, установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, застрахованным лицам за счет средств обязательного медицинского страхования в медицинских организациях, созданных в соответствии с законодательством Российской Федерации и находящихся за пределами территории Российской Федерации; требования к размещению страховыми медицинскими организациями информации; порядок заключения и исполнения договоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования со страховыми медицинскими организациями в 2011 году; положение о деятель-

ности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования согласно приложению № 1 к настоящим Правилам; порядок информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями.

III. Единые требования к полису обязательного медицинского страхования

20. На территории Российской Федерации действуют полисы единого образца.

21. В субъектах Российской Федерации, где осуществляется использование универсальной электронной карты, полис обеспечивается федеральным электронным приложением, содержащимся в универсальной электронной карте, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2010 № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг» или может быть представлен в форме бу-

мажного бланка (далее—бумажный полис) или в форме пластиковой карты с электронным носителем (далее—электронный полис). До введения в субъектах Российской Федерации универсальных электронных карт полис может быть представлен в форме бумажного полиса или в форме электронного полиса.

Комментарии и вопросы

Основы обязательного медицинского страхования (на положениях Закона № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»)

Обязательное медицинское страхование (ОМС) – это форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья, выражающаяся в гарантии оплаты медицинской помощи при возникновении страхового случая.

Обязательное медицинское страхование является видом обязательного социального страхования.

Объект обязательного медицинского страхования – это страховой риск, связанный с возникновением страхового случая. Страховой риск представляет собой предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаком вероятности и случайности его наступления. Вероятность наступления болезни или травмы у человека имеется в силу того, что физическим повреждениям или болезням подвержены все живые существа. Случайность наступления события, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи, связана с тем, что такие события возникают вне зависимости от воли, сознания и действий людей. Речь идет, в частности, о природных явлениях, катастрофах, чрезвычай-

ных ситуациях и т. п.

Страховому случаю законодатель дает следующее определение—совершившееся событие, при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию. В данном случае рисковые события являются «отправной точкой» возникновения правоотношений по обязательному медицинскому страхованию, в конечном итоге—предоставления страхового обеспечения застрахованному лицу. Произошедшие события подлежат рассмотрению в качестве юридических фактов.

Страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию осуществляется при наступлении страхового случая (по времени следует за наступлением страхового случая). Обеспечение, по сути, само по себе заключается в исполнении ряда обязательств по предоставлению нуждающемуся застрахованному лицу необходимой медицинской помощи. Обеспечение за счет средств обязательного медицинского страхования гарантий бесплатного

оказания застрахованному лицу медицинской помощи осуществляется при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования.

Страховые взносы на обязательное медицинское страхование обособлены от иных поступлений денежных средств особыми признаками, названными в п. 6. Во-первых, они имеют обязательный характер (т. е. в любом случае перечисляются страхователями при наличии законных оснований), во-вторых, являются обезличенными (т. е. перечисляются на страховое обеспечение неопределенного круга застрахованных лиц в определенном количестве и объемах, а не на обеспечение конкретного физического лица или лиц), а в-третьих, нацелены исключительно на обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения.

Правовое определение застрахованного лица имеет довольно пространную формулировку. Каких-либо индивидуальных признаков за-

страхованных лиц в данном определении не содержится. Круг застрахованных лиц дается в ст. 10 комментируемого Закона. В приведенном определении законодатель счел достаточным указать лишь то, что застрахованными лицами могут считаться физические лица (т. е. граждане Российской Федерации, а при ряде условий—иностранные граждане и лица без гражданства), на которых распространяется обязательное медицинское страхование.

Базовая программа обязательного медицинского страхования – составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой Правительством Российской Федерации. В свою очередь территориальная программа обязательного медицинского страхования, – составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой в порядке, установленном законодательством субъекта Российской Федерации. Территориальная программа обязательного ме-

дицинского страхования формируется в соответствии с требованиями, установленными базовой программой обязательного медицинского страхования.

Основные принципы осуществления обязательного медицинского страхования

Основные принципы осуществления обязательного медицинского страхования используются во всех взаимоотношениях, которые возникают между субъектами и участниками.

1. *Первым назван принцип обеспечения бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая.* По сути, тем самым раскрывается всеобщий характер обязательного медицинского страхования, отраженный в ст.41 Конституции Российской Федерации. Соблюдение названного принципа гарантирует каждому нуждающемуся человеку безвозмездное получение определенных

видов медицинской помощи. Бесплатно оказывается медицинская помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования.

Предоставление платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями (организациями) осуществляется при наличии у них сертификата и лицензии на избранный вид деятельности (подробнее см. Правила предоставления платных медицинских услуг, утвержденные постановлением Правительства Российской Федерации от 13.01.1996 № 27).

Перечень медицинских услуг, которые медицинские учреждения государственной и муниципальной систем здравоохранения могут оказывать на платной основе, ограничен.

На платной основе не может оказываться экстренная медицинская помощь, которая всегда предоставляется бесплатно.

2. Вторым принципом является принцип устойчивости финансовой системы обяза-

тельного медицинского страхования. Он означает, что наличие эффективных экономических рычагов, с помощью которых государство обеспечивает непрерывное и своевременное финансирование обязательств в рамках отношений обязательного медицинского страхования, в частности по своевременному перечислению из бюджета денежных средств медицинским и медицинским организациям. По сути, финансовая система обязательного медицинского страхования провозглашена автономной.

Устойчивость и стабильность финансовой системы обеспечивается на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам обязательно-го медицинского страхования.

3. *Третьим принципом назван принцип обязательности уплаты страхователями страховых взносов на обязательное медицинское страхование.* Как и любое страхование, обязательное медицинское страхование обеспечивается главным образом за счет средств, которые страховщик получает от страхователей. Размеры страховых взносов на обязательное меди-

цинское страхование установлены Федеральным законом от 24.07.2009 № 212-ФЗ.

4. Четвертым принципом, который указан в комментируемой статье, является государственная гарантия защиты застрахованных лиц от социальных рисков. Государство обеспечивает соблюдение прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования. Принцип реализуется в установленные сроки вне зависимости от финансового положения страховщика, т. е. от количества денежных средств, находящихся на его счетах.

5. Пятый принцип—принцип создания условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования, предполагает соответствие оказываемой медицинской помощи определенным общеустановленным критериям. Общедоступность должна, в первую очередь, обеспечиваться наличием разветвленной сети раз-

непрофильных медицинских учреждений, имеющих достойную материальную базу и возможность принимать пациентов. Качество медицинской помощи оценивается по стандартам медицинской помощи. О внедрении стандартов медицинской помощи см. комментарий к ст.50 Закона.

Медицинские организации обязаны обеспечить граждан бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении учреждения, режиме работы, об условиях предоставления и получения медицинских услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

6. Шестой принцип—паритетность представительства субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования в органах управления обязательного медицинского страхования означает равенство прав, предоставленных застрахованным лицам, страхователям, Федерального Фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС), территориальным фондам, страховым медицинским организациям, медицинским

организациям. Никто из них не может быть ущемлен в правах, равно как ни на кого не могут быть возложены дополнительные обязанности, помимо установленных законом или соглашением сторон. В частности, Территориальный Фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС) не может освободить конкретную медицинскую страховую организацию от предоставления сведений в рамках системы персонафицированного учета в порядке ч.1 ст.48 комментируемого Закона или потребовать от конкретной медицинской страховой организации предоставить дополнительные сведения, не предусмотренные законом.

Никому не могут быть предоставлены преимущества перед другими субъектами участниками обязательного медицинского страхования.

Территориальная программа обязательного медицинского страхования

Территориальная программа ОМС—это документ, определяющий гарантированный объем оказания гражданам бесплатной медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

В нее включены:

- экстренная медицинская помощь;
- амбулаторно-поликлиническая помощь, а также проведение мероприятий по диагностике и лечению заболеваний в поликлинике, на дому и в дневном стационаре (лекарственное обеспечение при амбулаторном лечении не входит в программу ОМС);

- стационарная помощь в случаях: острых заболеваний и обострений хронических болезней, отравлений, травм, требующих интенсивной терапии, круглосуточного медицинского наблюдения и изоляции по эпидемиологи-

ческим показаниям;

патологии беременности, родах и абортах;

плановой госпитализации при проведении лечения и реабилитации, требующих круглосуточного медицинского наблюдения, в стационарах, отделениях и палатах дневного пребывания.

Какие виды медицинской помощи не входят в территориальную программу обязательного медицинского страхования?

Программа ОМС не включает лечение социально значимых заболеваний (ВИЧ, туберкулеза и т. д.). Лечение этих заболеваний оплачивается из средств городского и федерального бюджетов. Из бюджета также оплачиваются деятельность скорой медицинской помощи, льготное лекарственное обеспечение и протезирование (зубное, ушное, глазное), дорогостоя-

щие виды медицинской помощи, перечень которых утверждается Комитетом по здравоохранению.

В него, например, входят:

- операции на открытом сердце (сложные операции, баллонная дилатация сосудов и клапанов сердца),
- проведение гемодиализа,
- химиотерапия острого лейкоза,
- трансплантация костного мозга,
- трансплантация почек,
- лучевая терапия,
- химиотерапия,
- реанимация новорожденных.

Какие виды медицинской помощи могут оказываться медучреждениями на коммерческой основе?

Перечень видов медицинской помощи, за которые в государственных медицинских учреждениях с граждан может взиматься плата, определены приказом Комитета по здравоохранению по месту жительства. Этот перечень должен быть вывешен на видном месте в каждом медицинском учреждении.

Прежде всего это:

1. Проводимые в порядке личной инициативы граждан (то есть без направлений из поликлиники) консультации специалистов, медицинское освидетельствование и проведение экспертиз, медицинское обеспечение частных мероприятий;

2. Лечебно-профилактические и диагностические мероприятия, осуществляемые анонимно (за исключением обследования на СПИД);

3. Диагностические исследования, процедуры, манипуляции, консультации, проводимые на дому (кроме лиц, которые по состоянию здоровья и характеру заболевания не могут посетить медицинское учреждение);

4. Наблюдение врачами стационара за больными на дому после их выписки из больницы;

5. Проведение профилактических прививок по желанию граждан, за исключением прививок, выполняемых по государственным программам;

6. Санаторно-курортное лечение (за исключением лечения детей и лечения в специализированных санаториях);

7. Косметологические услуги;

8. Гомеопатическое лечение;

9. Зубное протезирование (за исключением лиц, которым оно предусмотрено действующим законодательством);

10. Лечение сексологической патологии;

11. Искусственная инсеминация и экстракорпоральное оплодотворение;

12. Лечение логоневрозов у взрослых;

13. Обучение приемам реанимации, другим

видам экстренной медицинской помощи, навыкам ухода за больными;

14. Медико-психологическая помощь;

15. Дополнительные бытовые и сервисные услуги, пребывание в палате повышенной комфортности, индивидуальный пост, уход и дополнительное питание, телефон, телевизор в палате и т. п.).

Если пациенту предлагают заплатить деньги за медицинские услуги, не упомянутые ни в одном из вышеперечисленных 15 пунктов—за разъяснениями следует обратиться в свою страховую компанию.

Замена старого полиса на свидетельство ОМС 2014 года

С начала 2014 года на территории России перестали действовать медицинские полисы старого образца, поэтому получение нового полиса является обязательной

процедурой. Прежде всего, гражданин Российской Федерации должен выбрать для себя страховую компанию из официального списка, представленного на сайте Федерального фонда ОМС. Там же вы сможете найти перечень документов, которые требуются для получения данного полиса. После этого гражданин с готовым пакетом документов отправляется в страховую компанию и заполняет заявление на получение ОМС-2014. Новый страховой полис будет оформляться в течение месяца и на этот период клиенту в обязательном порядке предоставляют временное свидетельство о медицинской страховке.

Полис ОМС 2014 позволил несколько расширить права россиян в области здравоохранения:

- он обладает неограниченным сроком действия и будет одинаковым для всех субъектов Российской Федерации. Ранее иногородние граждане довольно часто сталкивались с трудностями в получении медпомощи во время командировки, отдыха и иных случаях перемещения по стране. Теперь граждане Российской Федерации смогут пользоваться бесплатными медицинскими услу-

гами в любом пункте страны, независимо от места регистрации.

- у владельцев полисов ОМС-2014 появится возможность выбирать лечащего врача и поликлинику самостоятельно. Это условие будет касаться как государственных, так и частных клиник. Кроме того, в министерстве здравоохранения надеются на то, что нововведение позволит сократить очереди в регистратуры и облегчить работу администраторов.

Где можно получить и обменять полис ОМС?

Для получения полиса жителям Российской Федерации необходимо предоставить пенсионное страховое свидетельство, если таковое имеется, и паспорт гражданина Российской Федерации (или паспорт иностранного гражданина). Гражданам Российской Федерации, не достигшим возраста 14 лет, необходимо предъявить свидетельство о рождении и документ, удостоверяющий

личность представителя ребенка. Иностранным гражданам, постоянно проживающим на территории Российской Федерации, понадобится также вид на жительство. Для граждан, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах», необходимым будет наличие удостоверения беженца (или свидетельства о рассмотрении ходатайства о признании беженцем).

Работающие граждане получают полис у работодателя или в страховой медицинской организации. Если гражданина не устраивает страховая компания, предложенная работодателем, он вправе выбрать другую (из числа имеющих соответствующую лицензию) и потребовать заключения договора страхования.

Если работодателем не заключен договор страхования, работник является застрахованным районной администрацией по месту жительства, при этом он вправе требовать от работодателя заключения договора страхования.

В случае возникновения вопросов следует обратиться за их разъяснением в Территориальный

фонд ОМС по телефону. Подробная информация содержится также на информационном портале www.ffoms.ru.

Неработающие граждане, в том числе дети и пенсионеры, получают полис в пунктах выдачи полисов страховой медицинской организации, обслуживающей их район, где они зарегистрированы постоянно или временно. Документом, подтверждающим регистрацию, для взрослых может быть паспорт, временное удостоверение, справка из милиции или форма № 9, для детей—свидетельство о рождении и форма № 9.

Адрес и телефоны страховой компании и ее пунктов выдачи полисов можно узнать в ближайшей поликлинике или позвонив в Территориальный фонд ОМС по телефону.

Варианты полисов ОМС образца 2014 года

Полис ОМС нового образца может быть изготовлен в одном из трёх вариантов:

1. В виде бумажного полиса формата А5 со штрих-кодом—такой полис может быть оформлен всем гражданам, в том числе детям или по доверенности, (бумажный полис ОМС единого образца оформляют во всех пунктах выдачи полисов обязательного медицинского страхования).

2. В виде пластиковой карточки с электронным носителем информации и фотографией владельца—такой полис может быть оформлен гражданам старше 14 лет только при личном посещении офиса страховой компании, поскольку необходимо фотографирование и собственноручная подпись. Изготовитель гарантирует работоспособность электронного чипа в течение 5 лет (полис ОМС единого образца в виде пластиковой карты оформляют лишь в некоторых пунктах выдачи полисов обязательного медицинского страхования).

3. В виде электронного приложения с номером, нанесённым на универсальную электронную карту (УЭК), полис ОМС единого образца в составе УЭК оформляют только в специальных

пунктах приёма заявлений.

На какой срок выдается полис единого образца?

Гражданам Российской Федерации, а также постоянно проживающим на территории России иностранным гражданам и лицам без гражданства полис выдается без ограничения срока действия. Временно проживающим в России иностранцам и лицам без гражданства полис выдается на срок действия разрешения на временное проживание. В соответствии с новым законом об обязательном медицинском страховании застрахованный имеет право сменить страховую медицинскую организацию один раз в течение календарного года. Исключение составляют граждане, которые меняют место жительства, и при этом на новом месте нет страховой медицинской организации, страховавшей его ранее.

При смене страховой медицинской организации полис единого образца менять не требует-

ся. Сведения о вновь выбранной страховой медицинской организации вносятся в уже имеющийся полис единого образца, дающий возможность зафиксировать не менее десяти случаев замены страховой медицинской организации.

Государственное обеспечение
в период беременности,
родов и послеродовой период

Порядок обеспечения родовыми сертификатами

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Приказ от 1.02.2011 № 73н о порядке и условиях оплаты медицинским организациям услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, и медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и

социального страхования Российской Федерации функций по оплате медицинским организациям государственной и муниципальной систем здравоохранения, медицинским организациям и иным организациям, осуществляющим медицинскую деятельность, участвующим в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее—медицинские организации), услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, и медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, а также диспансерному (профилактическому) наблюдению детей, поставленных в течение первого года жизни в возрасте до трех месяцев на диспансерный учет (далее—оплата услуг по медицинской помощи), за счет межбюджетных трансфертов, перечисляемых Фонду социального страхования Российской Федерации на эти цели из бюджета Федерального фонда обязатель-

ного медицинского страхования, а также порядок выдачи женщинам родовых сертификатов.

3. Оплата услуг по медицинской помощи осуществляется на основании талонов родового сертификата, форма которого утверждена Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.11.2005 № 701 «О родовом сертификате» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 30 декабря 2005 г. № 7337), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25.10.2006 № 730 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 15 ноября 2006 г. № 8478), от 8.05.2009 № 240н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 июня 2009 г. № 14039), и включает:

а) *корешок родового сертификата*, предназначенный для подтверждения выдачи родового сертификата женщине;

б) *талон № 1 родового сертификата*, предназначенный для оплаты услуг по медицин-

ской помощи медицинским организациям, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь женщинам в период беременности (далее—женская консультация);

в) *талон № 2 родового сертификата*, предназначенный для оплаты услуг по медицинской помощи медицинским организациям, оказывающим стационарную помощь женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период (далее—родильный дом);

г) *родовый сертификат*, служащий подтверждением оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, медицинской помощи женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, а также осуществления диспансерного (профилактического) наблюдения детей, поставленных в течение первого года жизни в возрасте до трех месяцев на диспансерный учет;

д) *талон № 3-1 родового сертификата*, предназначенный для оплаты услуг по медицинской помощи медицинским организациям, осуществляющим диспансерное (профилактиче-

ское) наблюдение детей (далее—детская поликлиника) за первые шесть месяцев диспансерного (профилактического) наблюдения детей, поставленных в течение первого года жизни в возрасте до трех месяцев на диспансерный учет;

е) *талон № 3-2 родового сертификата*, предназначенный для оплаты услуг по медицинской помощи детским поликлиникам за вторые шесть месяцев диспансерного (профилактического) наблюдения детей, поставленных в течение первого года жизни в возрасте до трех месяцев на диспансерный учет.

4. Организация обеспечения медицинских организаций бланками родовых сертификатов осуществляется Фондом социального страхования Российской Федерации (далее—Фондом) в соответствии с Порядком обеспечения родовыми сертификатами государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, их учета и хранения, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.11.2005 № 701 «О родовом сертификате».

5. Оплата услуг по медицинской помощи медицинским организациям осуществляется территориальными органами Фонда на основании талонов № 1, 2, 3-1, 3-2 родового сертификата, заполненных в соответствии с Инструкцией по заполнению родового сертификата, утвержденной Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.11.2005 № 701 «О родовом сертификате».

6. Родовые сертификаты выдаются женщинам при предъявлении ими паспорта или иного документа, удостоверяющего личность (удостоверение личности офицера или военный билет для военнослужащих, свидетельство о рождении для женщин, не достигших 14-летнего возраста), страхового полиса обязательного медицинского страхования и страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования.

При отсутствии у женщины страхового полиса обязательного медицинского страхования, страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования либо документа, подтверждающего регистрацию по месту жительства (пребыва-

ния), услуги по медицинской помощи оплачиваются при наличии в соответствующих графах талонов родовых сертификатов отметки о причине отсутствия документов.

7. Выдача родового сертификата производится женщинам женской консультацией, осуществляющей наблюдение женщины в период беременности, при явке к врачу на очередной осмотр женщины со сроком беременности 30 недель (при многоплодной беременности—28 недель беременности) и более.

Женщинам, наблюдающимся в период беременности в медицинской организации, не имеющей права в установленном порядке выдавать родовые сертификаты, для оплаты услуг родильного дома и детской поликлиники родовый сертификат может быть выдан с 30 недель беременности (в случае многоплодной беременности—с 28 недель беременности) и более женской консультацией, расположенной по месту жительства женщины, с соответствующей отметкой в обменной карте женщины и (или) медицинской карте амбулаторного больного.

Женщинам, усыновившим ребенка в течение первого года жизни в возрасте до трех месяцев, родовый сертификат может быть выдан детской поликлиникой, осуществляющей диспансерное (профилактическое) наблюдение детей, поставленных в течение первого года жизни в возрасте до трех месяцев на диспансерный учет в порядке, установленном пунктом 12 настоящего Порядка.

8. Услуги по медицинской помощи, оказываемой женскими консультациями женщинам в период беременности на амбулаторно-поликлиническом этапе, оплачиваются указанным организациям в размере 3,0 тыс. рублей за каждую женщину, получившую соответствующие услуги.

Услуги по медицинской помощи, оказываемой родильными домами в период родов и в послеродовой период, оплачиваются указанным организациям в размере 6,0 тыс. рублей за каждую женщину, при оказании ей и новорожденному соответствующих услуг.

Услуги по диспансерному (профилактическо-

му) наблюдению детей, поставленных в течение первого года жизни в возрасте до трех месяцев на диспансерный учет, оказываемые детскими поликлиниками, оплачиваются указанным организациям:

а) за первые шесть месяцев диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка—в размере 1 тыс. рублей за каждого ребенка, получившего соответствующие услуги;

б) за вторые шесть месяцев диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка—в размере 1 тыс. рублей за каждого ребенка, получившего соответствующие услуги.

9. Оплата женским консультациям услуг по медицинской помощи, оказываемой женщине в период беременности, производится территориальным органом Фонда по месту нахождения женской консультации, выдавшей родовый сертификат, при условии постановки женщины на учет по беременности и последующего непрерывного наблюдения и ведения женщины на амбулаторно-поликлиническом этапе данной женской консультацией не менее 12 недель на основании тало-

на № 1 родового сертификата, представленного к оплате в порядке, установленном пунктом 13 настоящего Порядка.

При наблюдении женщины на амбулаторно-поликлиническом этапе в нескольких женских консультациях оплате региональным отделением Фонда подлежит талон № 1 родового сертификата, представленный в территориальный орган Фонда женской консультацией, наблюдавшей беременную женщину наиболее длительное время, но не менее 12 недель.

Для оплаты услуг по медицинской помощи, оказываемой женщине в период беременности, в период непрерывного наблюдения и ведения женщины на амбулаторно-поликлиническом этапе в женской консультации, включаются периоды пребывания женщины по медицинским показаниям в стационаре и в специализированном санатории (отделении).

10. Оплата родильным домам услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, производится на основании талона № 2

родового сертификата, представленного женщиной в родильный дом вместе с обменной картой, содержащей сведения о выдаче ей родового сертификата (серия, номер и дата выдачи родового сертификата), при поступлении на роды.

Оплата услуг по медицинской помощи родильным домам производится территориальным органом Фонда по месту нахождения родильного дома, в котором проходили роды, на основании талона № 2 родового сертификата, заполненного родильным домом при выписке женщины из родильного дома и представленного к оплате в порядке, установленном пунктом 13 настоящего Порядка.

11. Оплата детским поликлиникам услуг по диспансерному (профилактическому) наблюдению детей при условии постановки их на диспансерный учет в течение первого года жизни в возрасте до трех месяцев осуществляется территориальным органом Фонда по месту нахождения детской поликлиники, в которой проводится диспансерное (профилактическое) наблюдение ребенка:

а) на основании талона № 3–1 родового сертификата, заполненного детской поликлиникой и представленного к оплате по истечении первых шести месяцев диспансерного (профилактического) наблюдения с даты постановки ребенка на учет;

б) на основании талона № 3–2 родового сертификата, заполненного детской поликлиникой и представленного к оплате за вторые шесть месяцев диспансерного (профилактического) наблюдения с даты постановки ребенка на учет.

Представление указанных талонов к оплате осуществляется в соответствии с пунктом 13 настоящего Порядка.

Талоны № 3–1 и 3–2 родового сертификата сдаются женщиной в детскую поликлинику при постановке ребенка на диспансерный учет.

При этом для оплаты детским поликлиникам услуг по диспансерному (профилактическому) наблюдению ребенка в период диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в детской поликлинике включается период пребывания ребенка по медицинским показаниям в ста-

ционаре.

В случае рождения двух и более детей, если они поставлены на диспансерный учет для диспансерного (профилактического) наблюдения в детской поликлинике в разные сроки, талоны № 3–1 и 3–2 родового сертификата предъявляются к оплате после завершения первых шести месяцев и, соответственно, вторых шести месяцев диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка, поставленного на диспансерный учет в более поздние сроки. При этом оплата услуг по диспансерному (профилактическому) наблюдению в детской поликлинике производится за каждого ребенка, получившего такие услуги.

12. Для оплаты услуг по медицинской помощи, оказанной родильным домом женщине, поступившей на роды без родового сертификата (в том числе в случае преждевременных родов, утраты родового сертификата, в случае если родовый сертификат женщине не выдавался), а также детской поликлиникой в случае непредставления родового сертификата за услуги по

диспансерному (профилактическому) наблюдению ребенка, родильным домом и детской поликлиникой на основании данных обменной карты принимаются меры по получению родового сертификата, в том числе через женские консультации.

В случае невозможности получения родового сертификата в указанном порядке оплата услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, производится по талонам № 2 родовых сертификатов, выданных женщинам в период их пребывания в родильном доме. В этих целях родильные дома на основании заявок, подаваемых в территориальные органы Фонда, обеспечиваются бланками родовых сертификатов с талоном № 1 родового сертификата, погашенным штампом территориального органа Фонда «Не подлежит оплате». При этом талон № 1 родового сертификата, погашенный штампом территориального органа Фонда «Не подлежит оплате», остается в родильном доме, а талон № 2 родового сертификата предъявляется к оплате родильным

домом в порядке, установленном пунктом 13 настоящего Порядка.

В случае невозможности получения родового сертификата в порядке, указанном в абзацах первом и втором настоящего пункта, оплата услуг по диспансерному (профилактическому) наблюдению ребенка производится по талонам № 3–1 и 3–2 родовых сертификатов, выданных женщинам детской поликлиникой, осуществляющей диспансерное (профилактическое) наблюдение детей, поставленных в течение первого года жизни в возрасте до 3 месяцев на диспансерный учет. В этих целях детские поликлиники на основании заявок, подаваемых в территориальные органы Фонда, обеспечиваются бланками родовых сертификатов с талонами № 1 и 2 родового сертификата, погашенными штампом территориального органа Фонда «Не подлежит оплате». При этом талоны № 1 и 2 родового сертификата, погашенные штампом территориального органа Фонда «Не подлежит оплате», остаются в детской поликлинике, а талоны № 3–1 и 3–2 родового сертификата предъявляются к оплате детской

поликлиникой в порядке, установленном пунктом 13 настоящего Порядка.

13. Для оплаты услуг по медицинской помощи медицинские организации ежемесячно, до 10-го числа, представляют в территориальные органы Фонда счет на оплату с приложением талонов родовых сертификатов, подтверждающих оказание женщинам услуг по медицинской помощи в период беременности, медицинской помощи женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, а также диспансерному (профилактическому) наблюдению ребенка в течение первого года жизни и соответствующих реестров талонов родовых сертификатов, рекомендуемая форма которых представлена в приложениях № 1–3 к настоящему Порядку.

14. Территориальные органы Фонда до 20-го числа каждого месяца производят оплату услуг по медицинской помощи на основании счетов, представленных с приложением надлежаще оформленных талонов родовых сертификатов и реестров талонов родовых сертификатов, путем перечисления средств на лицевые счета меди-

цинских организаций (на расчетные счета, открытые медицинским организациям в кредитных организациях).

15. Оплата услуг по медицинской помощи на основании счетов, представленных медицинскими организациями территориальным органам Фонда, производится в пределах средств, перечисленных Фондом социального страхования Российской Федерации за соответствующий период территориальным органам Фонда из средств на оплату услуг по медицинской помощи.

16. Территориальные органы Фонда осуществляют контроль за правильностью выдачи медицинскими организациями женщинам родовых сертификатов и обоснованностью предъявления к оплате талонов родовых сертификатов.

Талоны родовых сертификатов, не подлежащие оплате

При выявлении случаев предъявления медицинской организацией к оплате талонов родовых сертификатов, не подлежащих оплате, суммы, выплаченные по указанным талонам родовых сертификатов, подлежат возврату медицинской организацией в территориальный орган Фонда либо засчитываются в счет последующих платежей территориального органа Фонда.

Не подлежат оплате и направлению в территориальные органы Фонда талоны родовых сертификатов:

а) за услуги по медицинской помощи, оказанной женщинам женской консультацией в период беременности, в случае несоблюдения условий, предусмотренных пунктом 9 настоящего Порядка;

б) за услуги по медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период родильным домом, в случае смерти матери и (или) ребенка в период нахождения в родильном доме (за исключением случаев смерти одного или нескольких детей при рождении двойни и более детей при условии сохранения жизни матери и хотя бы одного ребенка);

в) за услуги по диспансерному (профилактическому) наблюдению ребенка в случае:

- постановки ребенка на диспансерный учет после трех месяцев жизни;

- смерти ребенка в соответствующий период диспансерного (профилактического) наблюдения;

- несоблюдения условий, предусмотренных пунктом 11 настоящего Порядка;

г) за медицинские услуги, оказанные медицинскими организациями на платной основе, в том числе в рамках договоров добровольного медицинского страхования.

Не подлежит оплате и направлению в территориальные органы Фонда талон № 2 родового сертификата в случае прохождения родов вне родильного дома (рождение ребенка дома, в машине скорой помощи, в фельдшерско-акушерском пункте и др.) независимо от последующего наблюдения женщины и ребенка в родильном доме.

Не подлежит оплате и направлению в территориальные органы Фонда талон № 3–1 родового сертификата в случае когда диспансерное (профилактическое) наблюдение ребенка за первые шесть месяцев завершилось после исполнения ребенку одного года жизни.

Не подлежит оплате и направлению в территориальные органы Фонда талон № 3–2 родового сертификата в случае когда диспансерное наблюдение ребенка во вторые шесть месяцев началось после исполнения ребенку одного года жизни.

Статья 51 {Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 28.12.2013) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»}. Права семьи в сфере охраны здоровья

1. Каждый гражданин имеет право по медицинским показаниям на консультации без взимания платы по вопросам планирования семьи, наличия социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, по медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений, а также на медико-генетические и другие консультации и обследования в медицинских организациях государственной системы здравоохранения в целях предупреждения возможных наследственных и врожденных заболеваний у потомства.

2. Отцу ребенка или иному члену семьи предоставляется право при наличии согласия женщины с учетом состояния ее здоровья присутствовать при рождении ребенка, за исключением случаев оперативного родоразрешения, при наличии в учреждении родовспоможения соответствующих условий (индивидуальных родовых залов) и отсутствии у отца или иного члена семьи инфекционных заболеваний. Реализация такого права осуществляется без взимания платы с отца ребенка или иного члена семьи.

3. Одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю предоставляется право на бесплатное совместное нахождение с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях в течение всего периода лечения независимо от возраста ребенка. При совместном нахождении в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше данного возраста—при наличии медицинских показаний плата за создание условий пребывания в

стационарных условиях, в том числе за предоставление спального места и питания, с указанных лиц не взимается.

Статья 52. Права беременных женщин и матерей в сфере охраны здоровья

1. Материнство в Российской Федерации охраняется и поощряется государством.

2. Каждая женщина в период беременности, во время родов и после родов обеспечивается медицинской помощью в медицинских организациях в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3. Обеспечение полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет, в том числе через специальные пункты питания и организации торгов-

ли, осуществляется по заключению врачей в соответствии с законодательством субъектов Российской Федерации.

Статья 55. Применение вспомогательных репродуктивных технологий

1. Вспомогательные репродуктивные технологии представляют собой методы лечения бесплодия, при применении которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского организма (в том числе с использованием донорских и (или) криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, а также суррогатного материнства).

2. Порядок использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказания и ограничения к их применению утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

3. Мужчина и женщина, как состоящие так и не состоящие в браке, имеют право на применение вспомогательных репродуктивных технологий при наличии обоюдного информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. Одинокая женщина также имеет право на применение вспомогательных репродуктивных технологий при наличии ее информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

4. При использовании вспомогательных репродуктивных технологий выбор пола будущего ребенка не допускается, за исключением случаев возможности наследования заболеваний, связанных с полом.

5. Граждане имеют право на криоконсервацию и хранение своих половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов за счет личных средств и иных средств, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

6. Половые клетки, ткани репродуктивных органов и эмбрионы человека не могут быть использованы для промышленных целей.

7. Быть донорами половых клеток имеют право граждане в возрасте от восемнадцати до тридцати пяти лет, физически и психически здоровые, прошедшие медико-генетическое обследование.

8. При использовании донорских половых клеток и эмбрионов граждане имеют право на получение информации о результатах медицинского, медико-генетического обследования донора, о его расе и национальности, а также о внешних данных.

9. Суррогатное материнство представляет собой вынашивание и рождение ребенка (в том числе преждевременные роды) по договору, заключаемому между суррогатной матерью (женщиной, вынашивающей плод после переноса донорского эмбриона) и потенциальными родителями, чьи половые клетки использовались для оплодотворения, либо одинокой женщиной, для которых вынашивание и рождение ребенка невозможно по медицинским показаниям.

10. Суррогатной матерью может быть женщина в возрасте от двадцати до тридцати пяти лет,

имеющая не менее одного здорового собственного ребенка, получившая медицинское заключение об удовлетворительном состоянии здоровья, давшая письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Женщина, состоящая в браке, зарегистрированном в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, может быть суррогатной матерью только с письменного согласия супруга. Суррогатная мать не может быть одновременно донором яйцеклетки.

Комментарии и вопросы

Общие положения о родовом сертификате

Родовой сертификат введен с 1 января 2006 г. в рамках реализации национального проекта «Здоровье» во всех регионах Российской Федерации. Его цель—улучшить качество обслуживания в женских консультациях, родильных домах и детских поликлиниках. Порядок и условия оплаты родового сертификата утверждены Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16.01.2008 № 11н.

Когда, кем и где выдается родовой сертификат

Выдача родового сертификата производится женщинам женской консультацией, осуществляющей наблюдение женщины в период беременности, при явке к врачу на очередной осмотр женщины со сроком беременности 30 недель (при многоплодной беременности—28 недель беременности) и более.

В исключительных случаях Родовой сертификат может быть выдан женщине детской поликлиникой в следующих случаях:

- талон № 3–1 и талон № 3–2 родового сертификата не были представлены женщиной в детскую поликлинику осуществляющую диспансерное (профилактическое) наблюдение детей, поставленных в течение первого года жизни в возрасте до 3 месяцев на диспансерный учет (для детей, родившихся в 2007 году—независимо от срока постановки на диспансерный учет) (например, в случае преждевременных родов, утраты родового сертификата, в случае если родовый

сертификат женщине не выдавался);

- женщина усыновила ребенка в течение первого года жизни в возрасте до 3 месяцев и поставила его на диспансерный учет в детскую поликлинику, осуществляющую диспансерное (профилактическое) наблюдение детей, поставленных в течение первого года жизни в возрасте до 3 месяцев на диспансерный учет (для детей, родившихся в 2007 году, – независимо от срока постановки на диспансерный учет).

Для получения бланков родовых сертификатов детские поликлиники подают в региональные отделения Фонда заявки на основании которых детские поликлиники обеспечиваются бланками родовых сертификатов с талонами № 1 и № 2 родового сертификата, погашенными штампом «Не подлежит оплате».

Если беременная женщина наблюдалась на платной основе?

Пунктом 18 Порядка, утвержденного Приказом Минздравсоцразвития от 16.01.2008 № 11н (далее—Порядок) предусмотрено, что не подлежат оплате и направлению в региональные отделения Фонда талоны родовых сертификатов за медицинские услуги, оказанные учреждениями здравоохранения на платной основе, в том числе в рамках договоров добровольного медицинского страхования.

Таким образом, оказание любого вида медицинской помощи на платной основе является основанием для отказа в оплате региональными отделениями Фонда талонов родовых сертификатов за услуги, оказанные женщинам в период беременности, в период родов и в послеродовой период, а также по диспансерному (профилактическому) наблюдению детей.

В связи с этим, в отличие от законодатель-

ства 2007 года, Порядком предусмотрена возможность оплаты талонов родовых сертификатов, если учреждением здравоохранения были оказаны «бытовые» сервисные услуги, например предоставление палаты повышенной комфортности, услуг персональной сиделки и других.

Если беременная женщина наблюдалась менее 12 недель или в нескольких женских консультациях?

Пункт 9 Порядка устанавливает, что непрерывное наблюдение женщины на амбулаторно-поликлиническом этапе женской консультацией в течение 12 недель является обязательным условием для оплаты услуг по медицинской помощи, оказанных женщине женской консультацией, но не для выдачи женщине родового сертификата, в отличие от Порядка, действовавшего в 2006 году.

При наблюдении женщины на амбулаторно-поликлиническом этапе в нескольких женских консультациях оплате региональным отделением Фонда подлежит талон № 1 родового сертификата, представленный в региональное отделение Фонда женской консультацией, наблюдавшей беременную женщину наиболее длительное время, но не менее 12 недель.

Какие документы необходимы для получения родового сертификата?

- паспорт (на период его замены временное удостоверение установленного образца) или иной документ, удостоверяющий личность (удостоверение личности офицера или военный билет для военнослужащих, свидетельство о рождении для женщин, не достигших 14-летнего возраста). Заграничный паспорт, водительское удостоверение и иные документы не могут служить основанием для выдачи родового сертификата;

- страховой полис ОМС;
- страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (для работающих женщин).

При отсутствии у женщины страхового полиса ОМС, страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования либо документа, подтверждающего регистрацию по месту жительства (пребывания), услуги по медицинской помощи оплачиваются при наличии в соответствующих графах талонов родовых сертификатов отметки о причине отсутствия документов.

Кто имеет право на получение родового сертификата? Выдаются ли родовые сертификаты иностранным гражданам?

Правом на получение родового сертификата имеют гражданки Российской Федерации, а также

иностранные гражданки и лица без гражданства, законно проживающие на территории Российской Федерации. К законно проживающим иностранным гражданам относятся лица, имеющие вид на жительство или разрешение на временное проживание.

В соответствии с Законом от 28.06.91 № 1499–1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» бесплатная медицинская помощь предоставляется иностранным гражданам, имеющим страховой медицинский полис ОМС. Таким образом, женщинам, являющимся иностранными гражданами, которым была оказана бесплатная медицинская помощь на основании страхового полиса ОМС, должен выдаваться родовый сертификат.

**Возможна ли выдача
родового сертификата
женщинам—гражданкам
Российской Федерации, не
имеющим документов,
подтверждающих
регистрацию по месту
жительства?**

Согласно п. 5 Порядка утвержденного Приказом Минздравсоцразвития от 16.01.2008 № 11н, родовые сертификаты выдаются женщинам при предъявлении ими паспорта или иного документа, удостоверяющего личность. Сведения о регистрации по месту жительства (пребывания) вносятся в родовой сертификат на основании документов, удостоверяющих личность, предъявляемых женщиной. При невозможности внесения указанных сведений в соответствующих графах родового сертификата делается отметка о при-

чине отсутствия сведений о регистрации.

Таким образом, факт регистрации по месту жительства *не влияет на право получения женщиной родового сертификата* и женщина вправе обратиться за получением медицинской помощи в любое учреждение здравоохранения на территории Российской Федерации, в том числе и в случае отсутствия отметки о регистрации по месту жительства в документе, удостоверяющем личность.

Размер родового сертификата

Размер оплаты услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности и родов и в послеродовой период, а также по диспансерному наблюдению ребенка в течение первого года жизни:

- женским консультациям в размере 3 000 рублей за каждую женщину;
- родильным домам в размере 6 000 рублей

за каждую женщину;

- детским поликлиникам:

- за первые шесть месяцев диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в размере 1 000 рублей за каждого ребенка, получившего соответствующие услуги;

- за вторые шесть месяцев диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в размере 1 000 рублей за каждого ребенка, получившего соответствующие услуги.

Если у беременной женщины нет родового сертификата?

В случае поступления женщины на роды без родового сертификата (в том числе в случае преждевременных родов, утраты родового сертификата) женщине будут оказываться необходимые услуги. Родильными домами, а также детскими поликлиниками (в случае непредставления родового сертификата за услуги по диспансерному наблюдению ребенка в течение первого года жизни)

на основании данных обменной карты принимаются меры по получению родового сертификата, в том числе через женские консультации.

Если женщина осталась недовольна качеством оказанных ей услуг по медицинской помощи?

Пунктом 18 Порядка, утвержденного Приказом Минздравсоцразвития от 16.01.2008 № 11н, установлен исчерпывающий перечень случаев, при которых региональными отделениями Фонда социального страхования Российской Федерации не подлежат оплате услуги по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности и (или) родов.

Сюда не отнесены претензии по качеству оказания медицинской помощи, поэтому наличие претензий и жалоб женщины на качество оказания ей медицинской помощи в период беремен-

ности и родов не влияет на оплату талонов родового сертификата.

При этом необходимо учитывать, что у женщины есть различные механизмы для защиты своих прав в случае их нарушения учреждением здравоохранения, – начиная от подачи жалобы на указанное учреждение и заканчивая обращением в судебные органы.

Так, в соответствии с законодательством, регулирующим отношения в области защиты прав потребителей, в случае если женщина не удовлетворена качеством услуг, предоставленных ей учреждением здравоохранения, она может предъявить претензии к указанным учреждениям.

Кроме того, она вправе обратиться в органы управления здравоохранения субъекта Российской Федерации по месту нахождения учреждения здравоохранения, в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, которая осуществляет контроль за соблюдением стандартов качества медицинской помощи.

Имеет ли женщина право на выбор медицинского учреждения, врача и родильного дома?

Право выбора лечебно-профилактического учреждения было и есть у женщины независимо от получения ею родового сертификата.

Родовой сертификат позволяет оказать учреждениям здравоохранения дополнительную финансовую поддержку простимулировав их на оказание более качественных услуг по медицинской помощи, чем способствует женщинам в большей мере реализовать имеющиеся у них права.

Вместе с тем необходимо обратить внимание на целесообразность соблюдения принципов территориальности, профильности учреждений здравоохранения и преемственности врачей, закрепленных Положением об организации деятельности женской консультации, т. е. при наличии определенных патологий течения беременности или иных медицинских показаний вопрос о

выборе родильного дома безусловно должен рассматриваться с учетом этих факторов.

Что касается случаев экстренной госпитализации женщины по скорой медицинской помощи, то в этих случаях вопросы госпитализации женщины в определенное медицинское учреждение будет решать врач скорой помощи с учетом всех факторов, от которых зависит сохранение жизни и здоровья матери и ребенка.

Оплата родового сертификата в случае рождения женщиной ребенка вне родильного дома

В случае прохождения родов вне родильного дома, например рождения ребенка дома, в машине скорой помощи, в фельдшерско-акушерском пункте, в учреждении здравоохранения, не имеющем родильного отделения, даже при условии последующего наблюдения жен-

щины и ребенка в родильном доме, талон № 2 родового сертификата не подлежит заполнению и, следовательно, оплате, так как родильным домом услуги по медицинской помощи в период родов оказаны не были.

В каких случаях не оплачивается родовый сертификат

- за услуги по медицинской помощи, оказанной женщинам в период родов и в послеродовой период родильным домом, в случае смерти матери и/или ребенка в период нахождения в родильном доме (за исключением случаев смерти одного или нескольких детей при рождении двойни и более детей, в случае сохранения жизни матери и хотя бы одного ребёнка);

- за услуги по диспансерному (профилактическому) наблюдению ребенка в случае постановки ребенка на диспансерный учет после трех месяцев жизни, в случае смерти ребенка в соответ-

ствующий период диспансерного (профилактического) наблюдения;

- за медицинские услуги, оказанные учреждениями здравоохранения на платной основе, в том числе в рамках договоров добровольного медицинского страхования.

Не подлежит оплате талон № 2 родового сертификата в случае прохождения родов вне родильного дома.

Не подлежат оплате талоны № 3–1 родового сертификата в случае когда первые шесть месяцев диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка завершились после исполнения ребенку одного года жизни.

Не подлежат оплате талоны № 3–2 родового сертификата в случае когда диспансерное наблюдение ребенка во вторые шесть месяцев началось после исполнения ребенку года жизни.

Передача родового сертификата из одной детской поликлиники в другую в случае изменения места жительства женщины.

В случае если за время диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни

женщина изменила место жительства, то при переезде женщины с одного места жительства на другое детская поликлиника по прежнему месту жительства возвращает женщине родовой сертификат вместе с картой диспансеризации ребенка формы № ОЗО-Д/у для постановки ребенка на учет в детскую поликлинику по новому месту жительства. Право на оплату талона № 3-1 или талона № 3-2 родового сертификата при перемещении женщиной места жительства будет иметь детская поликлиника, пронаблюдавшая ребенка не менее шести месяцев.

При этом периоды наблюдения ребенка в одной детской поликлинике могут суммироваться в случаях когда в диспансерном наблюдении ребенка был перерыв. Периоды наблюдения ребенка в различных детских поликлиниках не суммируются.

Учитывая изложенное, в случае если период диспансерного наблюдения ребенка составляет менее шести месяцев, талон № 3-1 или талон № 3-2 не оплачивается.

Налоговый вычет при платном лечении

Налоговый Кодекс Российской Федерации

Статья 219. Социальные налоговые вычеты

При определении размера налоговой базы в соответствии с пунктом 3 статьи 210 настоящего Кодекса налогоплательщик имеет право на получение следующих социальных налоговых вычетов:

- в сумме, уплаченной налогоплательщиком в налоговом периоде за медицинские услуги, оказанные медицинскими организациями, индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, ему, его су-

пругу (супруге), родителям, детям (в том числе усыновленным) в возрасте до 18 лет, подопечным в возрасте до 18 лет (в соответствии с перечнем медицинских услуг, утвержденным Правительством Российской Федерации), а также в размере стоимости лекарственных препаратов для медицинского применения (в соответствии с перечнем лекарственных средств, утвержденным Правительством Российской Федерации), назначенных им лечащим врачом и приобретаемых налогоплательщиком за счет собственных средств.

По дорогостоящим видам лечения в медицинских организациях, у индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность, сумма налогового вычета принимается в размере фактически произведенных расходов. Перечень дорогостоящих видов лечения утверждается постановлением Правительства Российской Федерации.

Вычет сумм оплаты стоимости медицинских услуг и (или) уплаты страховых взносов предоставляется налогоплательщику, если медицинские услуги оказываются в медицинских ор-

ганизациях, у индивидуальных предпринимателей, имеющих соответствующие лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданные в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также при представлении налогоплательщиком документов, подтверждающих его фактические расходы на оказанные медицинские услуги, приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения или уплату страховых взносов.

Указанный социальный налоговый вычет предоставляется налогоплательщику, если оплата стоимости медицинских услуг и приобретенных лекарственных препаратов для медицинского применения и (или) уплата страховых взносов не были произведены за счет средств работодателей;

Комментарии и вопросы

Порядок предоставления социальных налоговых вычетов регулируется статьей 219 Налогового кодекса Российской Федерации.

Если в течение года налогоплательщик оплачивал медицинские услуги или приобретал медикаменты, то часть потраченных денег можно вернуть из бюджета. Социальный вычет на лечение с 2007 года можно будет получить не только в отношении сумм, которые потрачены в налоговом периоде на покупку лекарств и оплату стоимости лечения, но и на оплату медицинских страховок. Такие дополнения внесены в подпункт 3 пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса Российской Федерации Федеральным законом от 27.07.2006 № 144-ФЗ. Но для этого необходимо выполнить

ряд условий:

1. Воспользоваться вычетом человек может, если он оплатил свое лечение или потратил деньги на медицинские услуги и медикаменты для своих родственников (жены или мужа, родителей и несовершеннолетних детей).

2. Вычет предоставляется только в том случае, если были оплачены медицинские услуги или приобретены лекарства, которые включены в специальные Перечни, утвержденные Постановлением Правительства Российской Федерации.

Перечень медицинских услуг, оплата которых учитывается при расчете социального вычета на лечение:

– услуги по диагностике и лечению при оказании населению скорой медицинской помощи;

– услуги по диагностике, профилактике, лечению и медицинской реабилитации при оказании населению амбулаторно-поликлинической медицинской помощи (в том числе в дневных стационарах и врачами общей (семейной) практики), включая проведение медицинской экспертизы;

– услуги по диагностике, профилактике, ле-

чению и медицинской реабилитации при оказании населению стационарной медицинской помощи (в том числе в дневных стационарах), включая проведение медицинской экспертизы;

– услуги по диагностике, профилактике, лечению и медицинской реабилитации при оказании населению медицинской помощи в санаторно-курортных учреждениях;

– услуги по санитарному просвещению, оказываемые населению.

3. Вычет возможен, если медицинские услуги оказывала организация, у которой есть соответствующая лицензия. При этом форма собственности (государственная больница или частная клиника), а также ведомственная принадлежность значения не имеют. А вот если вас лечил частный врач, пусть даже и имеющий лицензию, то потраченные деньги вам не вернут.

Что касается медицинских страховок, то чтобы рассчитывать на вычет, договор добровольного личного страхования должен предусматривать оплату исключительно услуг по лечению. И он должен быть заключен со страховыми орга-

низациями, имеющими лицензии на ведение соответствующего вида деятельности.

4. Социальный налоговый вычет на лечение предоставляется в сумме, уплаченной налогоплательщиком в налоговом периоде за услуги по лечению, предоставленные ему медицинскими учреждениями Российской Федерации, а также уплаченной им за услуги по лечению супруга (супруги), своих родителей и (или) своих детей в возрасте до 18 лет в медицинских учреждениях Российской Федерации (в соответствии с перечнем медицинских услуг).

Особый статус имеет социальный налоговый вычет по расходам на дорогостоящее лечение: он принимается без каких-либо ограничений. По дорогостоящим видам лечения в медицинских учреждениях Российской Федерации сумма налогового вычета принимается в размере фактически произведенных расходов. Перечни медицинских услуг и дорогостоящих видов лечения в медицинских учреждениях Российской Федерации, суммы оплаты которых, за счет собственных средств налогоплательщика учитыва-

ются при определении суммы социального налогового вычета, утверждены Постановлением Правительства Российской Федерации от 19.03.2001 № 201.

5. Налоговый вычет можно сделать только из тех доходов, которые облагаются по ставке 13 процентов. Если размер вычета будет больше полученного за год дохода, то налоговая база считается равной нулю. В этом случае налогоплательщик сможет вернуть всю сумму налога, которую налоговые агенты удержали из его доходов и перечислили в бюджет в течение года. Ну а максимальная сумма, которую можно вернуть, – 4940 рублей ($38\,000 \text{ рублей} \times 13\%$), а с 2007 года—6500 рублей ($50\,000 \text{ рублей} \times 13\%$). Еще раз подчеркнем: данное ограничение не распространяется на дорогостоящее лечение.

6. Если лечение оплачивал не сам налогоплательщик, а, например, фирма или родственники, то вернуть из бюджета деньги не получится. Чтобы получить социальный вычет на лечение, нужно написать соответствующее заявление в свободной форме. Помимо этого еще потребуются:

– копия договора на оказание медицинских услуг с больницей или клиникой. В договоре должны быть указаны реквизиты, подтверждающие статус медицинского учреждения, то есть номер лицензии на осуществление медицинской деятельности;

– справка об оплате медицинских услуг—если налогоплательщик хочет получить вычет на лечение. Справку выдадут в той клинике, куда человек обращался за помощью. Кстати, потребовать такую справку можно в течение трех лет после окончания года, в котором вы лечились;

– рецептурные бланки с назначениями лекарств (по форме № 107/у) – если речь идет о вычете на покупку медикаментов. На этих бланках обязательно должен стоять штамп «Для налоговых органов Российской Федерации, ИНН налогоплательщика». Он подтверждает, что человеку прописали лекарство, на стоимость которого можно получить вычет. Обратиться за таким рецептом надо к лечащему врачу. Рецепт дадут, если с момента лечения еще не прошло три года;

– документы, подтверждающие оплату лече-

ния и медикаментов (кассовый чек, корешок к приходному кассовому ордеру, платежное поручение и т. п.). Если в чеке аптеки не указаны наименования оплаченных препаратов, то придется представить еще и товарный чек;

– копию свидетельства о браке, свидетельство о рождении налогоплательщика или о рождении его ребенка (эти бумаги понадобятся, если налогоплательщик хочет получить вычет на лечение своих родственников).

Имейте в виду, что причитающуюся к возврату сумму налога наличными не выдадут. Поэтому следует заранее позаботиться о том, чтобы у налогоплательщика, претендующего на возврат денег из бюджета, был открыт банковский счет, куда можно было бы перечислить деньги. Неиспользованный остаток социального налогового вычета на лечение на будущий календарный год не переносится.

Закон о прививках

Российская Федерация
Федеральный закон № 157-ФЗ от
17.09.1998 об
иммунопрофилактике
инфекционных болезней

Принят Государственной Думой
17 июля 1998 г.

Одобен Советом Федерации 4
сентября 1998 г.

Статья 6. Финансовое обеспечение иммунопрофилактики (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 1 22-ФЗ)

1. Финансовое обеспечение противоэпидемических мероприятий, осуществляемых в целях предупреждения, ограничения распространения и ликвидации инфекционных болезней, а также проведение профилактических прививок, включенных в Национальный календарь профилактических прививок, является расходным обязательством Российской Федерации.

2. Органы государственной власти субъектов Российской Федерации устанавливают расходные обязательства субъектов Российской Федерации по реализации мер в целях предупреждения, ограничения распространения и ликвидации инфекционных болезней на территории субъекта Российской Федерации в пределах своих полно-

мочий.

Статья 18. Право граждан на социальную поддержку при возникновении поствакцинальных осложнений

1. При возникновении поствакцинальных осложнений граждане имеют право на получение государственных единовременных пособий, ежемесячных денежных компенсаций, пособий по временной нетрудоспособности.

2. Финансовое обеспечение выплаты государственных единовременных пособий и ежемесячных денежных компенсаций является расходным обязательством Российской Федерации.

Российская Федерация передает органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочия по реализации прав граждан на социальную поддержку по выплате госу-

дарственных единовременных пособий и ежемесячных денежных компенсаций при возникновении поствакцинальных осложнений.

Средства на реализацию передаваемых полномочий по предоставлению указанных мер социальной поддержки предусматриваются в федеральном бюджете в виде субвенций.

Объем средств, предусмотренный бюджету субъекта Российской Федерации, определяется исходя из числа лиц, имеющих право на указанные меры социальной поддержки, а также из размеров государственных единовременных пособий и ежемесячных денежных компенсаций, установленных статьями 19 и 20 настоящего Федерального закона.

Субвенции зачисляются в установленном для исполнения федерального бюджета порядке на счета бюджетов субъектов Российской Федерации.

Порядок расходования и учета средств на предоставление субвенций устанавливается Правительством Российской Федерации.

Органы государственной власти субъектов

Российской Федерации ежеквартально представляют в федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий выработку единой государственной финансовой, кредитной, денежной политики, отчет о расходовании предоставленных субвенций с указанием числа лиц, имеющих право на указанные меры социальной поддержки, категорий получателей, а также с указанием объема произведенных расходов. В случае необходимости дополнительные отчетные данные представляются в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации.

Средства на реализацию указанных полномочий носят целевой характер и не могут быть использованы на другие цели.

В случае использования средств не по целевому назначению уполномоченный федеральный орган исполнительной власти вправе осуществить взыскание указанных средств в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Контроль за расходованием средств осуществляется федеральным органом исполни-

тельной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в финансово-бюджетной сфере, федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере труда и социальной защиты населения, Счетной палатой Российской Федерации.

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации вправе наделять законами субъектов Российской Федерации органы местного самоуправления поселений, муниципальных районов и городских округов полномочиями по предоставлению мер социальной поддержки, указанных в настоящем пункте.

Статья 19. Государственные единовременные пособия

1. При возникновении поствакцинального осложнения гражданин имеет право на получение государственного единовременного пособия в размере 10 000 рублей.

Перечень поствакцинальных осложнений, дающих право гражданам на получение государственных единовременных пособий, утверждается уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти.

2. В случае смерти гражданина, наступившей вследствие поствакцинального осложнения, право на получение государственного единовременного пособия в размере 30 000 рублей имеют члены его семьи.

Статья 20. Ежемесячные денежные компенсации

1. Гражданин, признанный инвалидом вследствие поствакцинального осложнения, имеет право на получение ежемесячной денежной компенсации в размере 1000 рублей.

2. Размер ежемесячной денежной компенсации подлежит индексации один раз в год с 1 января финансового года исходя из установленного

федеральным законом о федеральном бюджете на соответствующий финансовый год и плановый период прогнозируемого уровня инфляции.

Статья 21. Пособие по временной нетрудоспособности в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 15 лет при его болезни, связанной с поствакцинальным осложнением

Один из родителей (иной законный представитель) или иной член семьи имеет право на получение пособия по временной нетрудоспособности в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 15 лет при его болезни, связанной с поствакцинальным осложнением, за весь период лечения

в амбулаторных условиях или совместного пребывания с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях в размере, установленном Федеральным законом.

Комментарии и вопросы

Что такое прививка и иммунопрофилактика инфекционных болезней?

Прививкой называется совокупность целых микробов или частей патогенных микроорганизмов в видоизмененной форме, которые вводятся в организм человека с целью формирования невосприимчивости к некоторой определенной инфекции. Данный тип прививок называют предохранительными или профилактическими, поскольку они направлены на активное предупреждение инфекционных заболеваний.

Все прививки, в зависимости от типа неактив-

ного возбудителя и способа их получения, подразделяются на три основных вида:

1. Искусственно ослабленный микроорганизм, являющийся непосредственной причиной инфекционного заболевания (например, прививка против полиомиелита).

2. Различные ядовитые для организма человека вещества, которые вырабатываются патогенными микробами в процессе собственной жизнедеятельности.

3. Сыворотка крови различных животных, которые искусственным путем были сделаны невосприимчивыми к определенной инфекции.

В России прививки не являются обязательными.

Однако случается, что родителям отказывают в выдаче карты без прививок для детского сада или школы.

Отказ от вакцинации, право отказа от вакцинации

На сегодняшний день каждый совершеннолетний человек или опекун, представитель несовершеннолетнего, имеет право отказаться от прививок. Основание для этого служит Закон Российской Федерации от 17.09.1998 № 157-ФЗ, статья 5.

По поводу прививок детям—родитель может отказаться от них на основании того же Закона, только статьи 11, где указано, что вакцинация ребенка осуществляется только с согласия его законных представителей, то есть родителей, опекунов и т. д.

Последствия отказа от профилактических прививок

Отсутствие профилактических прививок влечет:

- запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Фе-

дерации требует конкретных профилактических прививок;

– временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;

– отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями. Перечень работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок, устанавливается Правительством Российской Федерации.

Квоты на получение высокотехнологичной медицинской помощи

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации Приказ от 28.12.2011 № 1689н об утверждении порядка направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, с применением специализированной информационной системы

1. Настоящий Порядок определяет правила направления граждан Российской Федерации, нуждающихся в оказании высокотехнологичной медицинской помощи (далее—пациенты), в медицинские организации, оказывающие высокотехнологичную медицинскую помощь (далее—ВМП) гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, в том числе предоставляемых в виде субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации (далее—медицинские организации, оказывающие ВМП), путем применения специализированной информационной системы «Информационно-аналитическая система Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации» (далее—специализированная информационная система Минздравсоцразвития России).

2. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения осуществляют направление пациентов, прожива-

ющих на территории субъекта Российской Федерации, для оказания ВМП, а также информирование о порядке и условиях оказания ВМП во взаимодействии с Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации (далее—Минздравсоцразвития России) медицинскими организациями, в которых проходят лечение и наблюдение пациенты, и медицинскими организациями, оказывающими ВМП.

3. Основанием для направления пациента в медицинскую организацию для оказания ВМП является решение Комиссии органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения по отбору пациентов для оказания ВМП (далее—Комиссия субъекта Российской Федерации).

4. Проведение отбора пациентов и направление их в Комиссию субъекта Российской Федерации осуществляется врачебными комиссиями медицинских организаций, в которых проходят лечение и наблюдение пациенты (далее—Врачебная комиссия), по рекомендации лечащего врача на основании выписки из медицинской

документации пациента.

5. Выписка из медицинской документации пациента, оформленная лечащим врачом, должна содержать диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ-Х, сведения о состоянии здоровья пациента, проведенных диагностике и лечении, рекомендации о необходимости оказания ВМП.

К выписке из медицинской документации пациента прилагаются результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований по профилю заболевания пациента, подтверждающие установленный диагноз.

6. Врачебная комиссия в течение трех рабочих дней со дня получения выписки из медицинской документации пациента рассматривает ее и принимает решение о направлении или об отказе в направлении документов пациента в Комиссию субъекта Российской Федерации для решения вопроса о необходимости оказания ему ВМП. Решение Врачебной комиссии оформляется протоколом.

Критерием принятия Врачебной комиссией

решения является наличие медицинских показаний для оказания ВМП в соответствии с перечнем видов ВМП (далее—Перечень).

7. Врачебная комиссия в случае принятия решения о направлении документов пациента в Комиссию субъекта Российской Федерации для решения вопроса о необходимости оказания ему ВМП в течение трех рабочих дней формирует и направляет в Комиссию субъекта Российской Федерации, в том числе посредством электронного взаимодействия, комплект документов, который должен содержать:

1) выписку из протокола решения Врачебной комиссии;

2) письменное заявление пациента (его законного представителя, доверенного лица), содержащее следующие сведения о пациенте:

а) фамилию, имя, отчество (при наличии);
б) данные о месте жительства;
в) реквизиты документа, удостоверяющего личность и гражданство;

г) почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений;

- д) номер контактного телефона (при наличии);
- е) электронный адрес (при наличии);
- 3) согласие на обработку персональных данных гражданина (пациента);
- 4) копии следующих документов:
 - а) паспорт гражданина Российской Федерации;
 - б) свидетельство о рождении пациента (для детей в возрасте до 14 лет);
 - в) полис обязательного медицинского страхования пациента (при наличии);
 - г) свидетельство обязательного пенсионного страхования пациента (при наличии);
 - д) выписку из медицинской документации пациента за подписью руководителя медицинской организации по месту лечения и наблюдения пациента, содержащую сведения, указанные в абзаце первом пункта 5 настоящего Порядка;
 - е) результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающие установленный диагноз.

8. В случае обращения от имени пациента

законного представителя пациента (доверенного лица):

1) в письменном заявлении дополнительно указываются сведения о законном представителе (доверенном лице), указанные в подпункте 2 пункта 7 настоящего Порядка;

2) дополнительно к письменному обращению пациента прилагаются:

а) копия паспорта законного представителя пациента (доверенного лица пациента);

б) копия документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента, или заверенная в установленном законодательством Российской Федерации порядке доверенность на имя доверенного лица пациента.

9. В случае принятия решения об отказе в направлении документов пациента в Комиссию субъекта Российской Федерации для решения вопроса о необходимости оказания ему ВМП Врачебная комиссия выдает пациенту (его законному представителю, доверенному лицу) выписку из медицинской документации пациента и выписку из протокола решения Врачебной комиссии с

указанием причин отказа.

10. Пациент (его законный представитель, доверенное лицо) вправе самостоятельно представить комплект документов в Комиссию субъекта Российской Федерации.

В данном случае выписка из протокола решения Врачебной комиссии и выписка из медицинской документации пациента выдается на руки пациенту (его законному представителю, доверенному лицу).

11. Срок подготовки решения Комиссии субъекта Российской Федерации о наличии (отсутствии) медицинских показаний для направления пациента в медицинские организации для оказания ВМП не должен превышать десяти рабочих дней со дня поступления в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения комплекта документов, предусмотренного пунктом 8 настоящего Порядка.

12. Решение Комиссии субъекта Российской Федерации оформляется протоколом, содержащим следующие сведения:

1) основание создания Комиссии субъекта

Российской Федерации (реквизиты нормативного правового акта);

2) состав Комиссии субъекта Российской Федерации;

3) паспортные данные пациента (Ф. И. О., дата рождения, данные о месте жительства);

4) диагноз заболевания (состояния);

5) заключение Комиссии субъекта Российской Федерации, содержащее следующую информацию:

а) о наличии медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию для оказания ВМП, диагноз, код диагноза по МКБ-Х, код вида ВМП в соответствии с Перечнем, наименование медицинской организации, в которую направляется пациент для оказания ВМП;

б) об отсутствии медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию для оказания ВМП;

в) о наличии медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию с целью проведения дополнительного обследования;

ния (с указанием необходимого объема обследования), диагноз, код диагноза по МКБ-Х, наименование медицинской организации, в которую направляется пациент для обследования;

г) о наличии медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию для оказания специализированной медицинской помощи, диагноз, код диагноза по МКБ-Х, наименование медицинской организации, в которую направляется пациент.

13. Протокол решения Комиссии субъекта Российской Федерации хранится в органе исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения.

Выписка из протокола решения Комиссии субъекта Российской Федерации направляется в медицинскую организацию, указанную в пункте 5 настоящего Порядка, в том числе посредством электронного взаимодействия, а также выдается на руки пациенту (его законному представителю, доверенному лицу) или направляется пациенту (его законному представителю) почтовым отправлением и (или) по электронной почте.

14. В случае принятия Комиссией субъекта Российской Федерации решения, предусмотренного подпунктом «а» подпункта 5 пункта 12 настоящего Порядка, председатель Комиссии субъекта Российской Федерации обеспечивает:

1) оформление на пациента учетной формы № 025/у-ВМП «Талон на оказание ВМП», утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 16.04.2010 № 242н (зарегистрирован Минюстом России 17 июня 2010 г. № 17565), с изменениями, внесенными приказом Минздравсоцразвития России от 16.02.2011 № 138н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16.04.2010 № 242н «Об утверждении и порядке ведения форм статистического учета и отчетности по реализации государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета» (зарегистрирован Минюстом России 15 марта 2011 г. № 20116) (далее—Талон на оказание ВМП), с применением специализиро-

ванной информационной системы Минздравсоцразвития России в течение трех рабочих дней со дня принятия решения;

2) согласование с медицинской организацией, оказывающей ВМП, предполагаемой даты госпитализации пациента для оказания ВМП с применением специализированной информационной системы Минздравсоцразвития России;

3) направление пациента в медицинскую организацию для оказания ВМП в запланированный срок.

15. К Талону на оказание ВМП прилагаются и направляются в медицинскую организацию с применением специализированной информационной системы Минздравсоцразвития России:

1) копия выписки из медицинской документации пациента;

2) результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, проведенных пациенту в целях принятия Комиссией субъекта Российской Федерации решения о наличии (отсутствии) медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию для

оказания ВМП.

16. В случае принятия Комиссией субъекта Российской Федерации решения, предусмотренного подпунктом «в» подпункта 5 пункта 12 настоящего Порядка, орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения обеспечивает направление пациента на проведение лабораторных, инструментальных и других видов исследований в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи, утверждаемой Правительством Российской Федерации.

17. В случае принятия Комиссией субъекта Российской Федерации решения, предусмотренного подпунктом «г» подпункта 5 пункта 12 настоящего Порядка, орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения обеспечивает направление пациента для оказания специализированной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи, утвер-

ждаемой Правительством Российской Федерации.

18. Комиссия субъекта Российской Федерации осуществляет ведение учета нуждающихся в оказании ВМП пациентов, проживающих на территории субъекта Российской Федерации, с соблюдением требований законодательства Российской Федерации о персональных данных.

19. Основанием для госпитализации пациента в медицинскую организацию, оказывающую ВМП, является решение Комиссии медицинской организации, оказывающей ВМП, по отбору пациентов на оказание ВМП.

20. Комиссия медицинской организации формируется руководителем медицинской организации, оказывающей ВМП, с численностью состава не менее трех человек.

Председателем Комиссии медицинской организации является руководитель медицинской организации или один из его заместителей.

Положение о Комиссии медицинской организации, ее состав, порядок работы утверждаются приказом руководителя медицинской органи-

зации.

21. Основанием для рассмотрения на Комиссии медицинской организации вопроса о наличии (об отсутствии) медицинских показаний для госпитализации пациента в целях оказания ВМП является Талон на оказание ВМП с приложением в электронном виде документов, указанных в пункте 15 настоящего Порядка.

22. Комиссия медицинской организации принимает решение о наличии (отсутствии) медицинских показаний для госпитализации пациента в целях оказания ВМП с учетом оказываемых медицинской организацией видов ВМП, включенных в Перечень, в срок, не превышающий десяти рабочих дней со дня оформления на пациента Талона на оказание ВМП.

23. Решение Комиссии медицинской организации оформляется протоколом, содержащим следующие данные:

1) основание создания Комиссии медицинской организации (реквизиты нормативного акта);

2) дата принятия решения Комиссией меди-

цинской организации;

3) состав Комиссии медицинской организации;

4) паспортные данные пациента (фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, сведения о месте жительства);

5) диагноз заболевания (состояния);

б) заключение Комиссии медицинской организации:

а) о наличии медицинских показаний для госпитализации пациента в медицинскую организацию для оказания ВМП с указанием диагноза, кода диагноза по МКБ-Х, кода вида ВМП в соответствии с Перечнем, планируемой датой госпитализации пациента;

б) об отсутствии медицинских показаний для госпитализации пациента в медицинскую организацию для оказания ВМП с рекомендациями по дальнейшему медицинскому наблюдению и (или) лечению пациента по профилю его заболевания;

в) о наличии медицинских показаний для направления пациента на проведение дополнительного обследования (с указанием необходимого

объема обследования), с указанием диагноза, кода диагноза по МКБ-Х;

г) о наличии медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию для оказания специализированной медицинской помощи, с указанием диагноза, кода диагноза по МКБ-Х.

24. Протокол решения Комиссии медицинской организации оформляется на бумажном носителе в одном экземпляре и хранится в медицинской организации, оказывающей ВМП, а также прилагается в электронном виде к Талону на оказание ВМП.

Комиссии субъектов Российской Федерации обеспечивают информирование пациентов (их законных представителей, доверенных лиц) о решении, принятом Комиссией медицинской организации.

25. Медицинские организации, оказывающие ВМП:

1) оказывают ВМП пациенту в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, ко-

которые утверждаются Минздравсоцразвития России;

2) дают рекомендации по дальнейшему лечению и медицинской реабилитации пациентов после оказания ВМП;

3) по окончании лечения пациента в течение пяти рабочих дней вносят соответствующую информацию в оформленный на пациента Талон на оказание ВМП и прилагают к нему копию выписки из медицинской карты стационарного больного с применением специализированной информационной системы Минздравсоцразвития России.

26. Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения обеспечивает в случае необходимости направление пациентов в медицинские организации для проведения дальнейшего лечения и медицинской реабилитации после оказания ВМП согласно рекомендациям медицинской организации, оказывающей ВМП.

27. Минздравсоцразвития России осуществляет направление пациентов для оказания ВМП в медицинские организации, оказывающие

ВМП, подведомственные Минздравсоцразвития России, Федеральному медико-биологическому агентству и Российской академии медицинских наук (далее—федеральная медицинская организация), в следующих случаях:

1) пациент не проживает на территории Российской Федерации;

2) пациент не состоит на регистрационном учете по месту жительства;

3) орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения не обеспечил направление пациента в медицинские организации для оказания ВМП в соответствии с настоящим Порядком.

28. Основанием для решения вопроса о направлении Минздравсоцразвития России пациента в федеральную медицинскую организацию для оказания ВМП является письменное обращение гражданина (его законного представителя, доверенного лица) в Минздравсоцразвития России.

29. Прием и регистрация письменных обращений гражданина (его законных представителей,

доверенных лиц) в Минздравсоцразвития России осуществляется согласно требованиям Административного регламента Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по исполнению государственной функции «Организация приема граждан, своевременного и полного рассмотрения их обращений, поданных в устной или письменной форме, принятие по ним решений и направление ответов в установленный законодательством Российской Федерации срок», утвержденного приказом Минздравсоцразвития России от 11 апреля 2011 г. № 293н (зарегистрирован Минюстом России 24.05.2011 № 20850).

30. Письменное обращение гражданина в Минздравсоцразвития России должно содержать сведения, указанные в подпункте 2 пункта 7 настоящего Порядка, и информацию о причинах обращения в Минздравсоцразвития России с целью направления в федеральную медицинскую организацию для оказания ВМП.

В случае обращения от имени пациента его законного представителя или доверенного лица

в письменном обращении дополнительно указываются сведения, предусмотренные подпунктом 1 пункта 8 настоящего Порядка.

31. К письменному обращению пациента в Минздравсоцразвития России прилагаются:

1) в случаях, предусмотренных подпунктами 1 и 2 пункта 27 настоящего Порядка:

а) выписка из медицинской документации пациента, выданная федеральной медицинской организацией, оказывающей специализированную медицинскую помощь, и подписанная ее руководителем (лицом, его замещающим), содержащая сведения, указанные в абзаце первом пункта 5 настоящего Порядка, и код вида ВМП в соответствии с Перечнем;

б) документы, указанные в подпунктах 3 и 4 пункта 7 настоящего Порядка;

в) документы, указанные в подпункте 2 пункта 8 настоящего Порядка (в случае обращения от имени пациента его законного представителя или доверенного лица);

2) в случае, предусмотренном подпунктом 3 пункта 27 настоящего Порядка:

а) документы, указанные в подпунктах 1, 3 и 4 пункта 7 настоящего Порядка;

б) документы, указанные в подпункте 2 пункта 8 настоящего Порядка (в случае обращения от имени пациента его законного представителя или доверенного лица).

32. Департамент высокотехнологичной медицинской помощи Минздравсоцразвития России в течение десяти рабочих дней со дня регистрации в Минздравсоцразвития России письменного обращения пациента (его законного представителя, доверенного лица) и прилагаемых к нему документов, предусмотренных пунктом 31 настоящего Порядка, путем применения специализированной информационной системы Минздравсоцразвития России обеспечивает оформление на пациента Талона на оказание ВМП и направление его с прилагаемой копией выписки из медицинской карты стационарного больного в федеральную медицинскую организацию, оказывающую ВМП по профилю заболевания пациента.

33. После получения из Департамента высокотехнологичной медицинской помощи Мин-

здравсоцразвития России Талона на оказание ВМП с прилагаемой копией выписки из медицинской карты стационарного больного Комиссия федеральной медицинской организации принимает и оформляет решение о наличии (отсутствии) медицинских показаний для госпитализации пациента в целях оказания ВМП в соответствии с положениями пунктов 22–24 настоящего Порядка.

О решении, принятом Комиссией федеральной медицинской организации, пациенты (их законные представители, доверенные лица) информируются Департаментом высокотехнологичной медицинской помощи Минздравсоцразвития России, в том числе путем применения специализированной информационной системы Минздравсоцразвития России.

34. Направление пациентов из числа граждан Российской Федерации, медико-санитарное обеспечение которых в соответствии с законодательством Российской Федерации относится к ведению Федерального медико-биологического агентства (далее—ФМБА России), в подведом-

ственные ФМБА России федеральные медицинские организации для оказания ВМП осуществляется ФМБА России.

35. Пациент вправе обжаловать решения, принятые в ходе его направления в медицинскую организацию для оказания ВМП на любом этапе, а также действия (бездействие) органов, организаций, должностных и иных лиц в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

**Правительство Российской
Федерации**

**Постановление от 26.12.2013
№ 1278 об утверждении правил
финансового обеспечения
оказания высокотехнологичной
медицинской помощи гражданам
Российской Федерации в
федеральных государственных
бюджетных и автономных
учреждениях за счет бюджетных
ассигнований, предусмотренных в
федеральном бюджете
Министерству здравоохранения
Российской Федерации, в 2014
году**

Председатель Правительства Рос-
сийской Федерации Д. Медведев

1. Настоящие Правила устанавливают порядок

финансового

обеспечения оказания высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации (далее—высокотехнологичная медицинская помощь) в федеральных государственных бюджетных и автономных учреждениях, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения Российской Федерации (далее—государственные учреждения), в 2014 году.

2. Финансовое обеспечение оказания высокотехнологичной медицинской помощи в государственных учреждениях осуществляется в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете на соответствующий финансовый год и плановый период Министерству здравоохранения Российской Федерации на указанные цели (далее—бюджетные ассигнования), в виде субсидий, предоставляемых государственным учреждениям в соответствии с абзацем вторым пункта 1 статьи 78.1 Бюджетного ко-

декса Российской Федерации (далее—субсидии) в дополнение к осуществляемому в установленном порядке финансовому обеспечению государственного задания на оказание ими специализированной медицинской помощи.

3. Условием предоставления субсидии является включение государственного учреждения в перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь за счет бюджетных ассигнований, сформированный в соответствии с Правилами формирования перечня медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения Российской Федерации, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 10.09.2012 № 904 «Об утверждении Правил формирования перечня медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохране-

ния Российской Федерации» (далее—перечень).

4. Министерство здравоохранения Российской Федерации осуществляет передачу в установленном порядке бюджетных ассигнований главным распорядителям бюджетных средств в целях финансового обеспечения оказания высокотехнологичной медицинской помощи в подведомственных им государственных учреждениях, включенных в перечень.

9. Субсидии являются источником финансового обеспечения следующих расходов государственных учреждений:

а) оплата труда работников, обеспечивающих оказание высокотехнологичной медицинской помощи, с учетом начислений на заработную плату;

б) приобретение лекарственных препаратов, расходных материалов, включая оплату дорогостоящих расходных материалов (имплантатов (имплантов), других медицинских изделий, имплантируемых в организм человека), в том числе на основе стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

в) приобретение, техническое обслуживание (предусмотренное нормативной, технической и (или) эксплуатационной документацией производителя) и ремонт медицинских изделий, используемых при оказании государственными учреждениями высокотехнологичной медицинской помощи.

10. Перечисление субсидий государственным учреждениям, подведомственным главным распорядителям бюджетных средств, осуществляется в установленном порядке на счета, на которых в соответствии с законодательством Российской Федерации учитываются операции со средствами, поступающими государственным учреждениям, в 10-дневный срок со дня поступления бюджетных ассигнований на счет главного распорядителя бюджетных средств.

Операции с субсидией, поступившей государственному учреждению, учитываются на отдельном лицевом счете, предназначенном для учета операций со средствами, предоставленными государственному учреждению в виде субсидии на иные цели, открываемом государственному учре-

ждению в территориальном органе Федерального казначейства в порядке, установленном Федеральным казначейством.

Оплата денежных обязательств государственных учреждений, источником финансового обеспечения которых являются субсидии, осуществляется в порядке, установленном Министерством финансов Российской Федерации.

11. Не использованные на начало 2014 года остатки субсидий, предоставленных в установленном порядке в 2013 году, подлежат возврату в федеральный бюджет в порядке, установленном Министерством финансов Российской Федерации.

В соответствии с решением главного распорядителя бюджетных средств о наличии потребности в не использованных на начало 2014 года субсидий остатки указанных средств могут быть использованы государственными учреждениями в 2014 году для финансового обеспечения расходов, соответствующих целям предоставления субсидий.

12. Сроки перечисления субсидий, правила и

форма представления отчетности о расходах, источником финансового обеспечения которых являются субсидии, определяются главными распорядителями бюджетных средств в отношении подведомственных им государственных учреждений.

13. Информация о размерах и сроках перечисления субсидий учитывается главными распорядителями бюджетных средств при формировании прогноза кассовых выплат из федерального бюджета, необходимого для составления в установленном порядке кассового плана исполнения федерального бюджета.

14. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации осуществляет мониторинг оказания высокотехнологичной медицинской помощи по видам (методам) соответствующего профиля по формам, утвержденным указанным министерством.

15. Контроль за соблюдением условий, установленных при предоставлении субсидий, осуществляется главными распорядителями бюджетных средств и Федеральной

службой финансово-бюджетного надзора.

Комментарии и вопросы

Что такое высокотехнологичная медицинская помощь?

Высокотехнологичная медицинская помощь (далее—ВМП) – комплекс лечебных и диагностических медицинских услуг, проводимых в условиях стационара с использованием сложных и (или) уникальных, обладающих значительной ресурсоемкостью медицинских технологий. ВМП предоставляется в соответствии со стандартами медицинской помощи, утвержденными приказами Минздравсоцразвития России для феде-

ральных специализированных медицинских учреждений, оказывающих ВМП, и финансируется за счет средств федерального бюджета.

Сегодня высокотехнологичная медицинская помощь охватывает 20 профилей. Это абдоминальная хирургия (лечение органов брюшной полости), акушерство и гинекология, гастроэнтерология, гематология, дерматовенерология, неврология, комбустиология (лечение тяжелых ожоговых поражений), нейрохирургия, онкология, оториноларингология, офтальмология, педиатрия, ревматология, сердечно-сосудистая хирургия, торакальная хирургия (хирургия органов грудной клетки), травматология и ортопедия, трансплантация органов и тканей, урология, челюстно-лицевая хирургия, эндокринология.

Высокотехнологичная медицинская помощь оказывается за счет средств федерального бюджета на основании государственного задания. Государственное задание формируется Минздравсоцразвития России в соответствии с потребностями, заявленными региональными органами управления здравоохранения. Другими слова-

ми, регионы самостоятельно определяют потребность в ВМП для своих жителей на основании структуры и динамики заболеваемости на своей территории. В конце каждого года регионы представляют в Минздравсоцразвития России заявки о потребности оказания ВМП больным в предстоящем году. В этих заявках регионы также указывают, в какие учреждения, оказывающее ВМП, они планируют направить на лечение пациентов. Медицинские центры, оказывающие высокотехнологическую помощь, в свою очередь, представляют в Минздравсоцразвития России информацию о технологических возможностях учреждений по количеству приема пациентов (в разрезе профилей медицинской помощи).

Направлением на оказание высокотехнологической медицинской помощи, которое выдается пациенту, «покрывает» все лечение в специализированном медицинском центре, в том числе нахождение в больнице в период госпитализации и предусмотренные стандартами оказания данного вида медицинской помощи медикаменты, расходные материалы. Это

*все входит в стоимость оказания высокотехнологичной медицинской помощи, а значит—
бесплатно для пациента.*

Право на оказание бесплатной высокотехнологичной медпомощи имеют все граждане нашей страны без исключения. Главный критерий ее получения—медицинские показания.

Процедура получения высокотехнологичной медицинской помощи

1. Лечащий врач выявил у больного заболевание, для лечения которого, как он считает, пациенту необходима высокотехнологичная помощь. Чаще всего полное обследование не может быть проведено в поликлинике.

2. Врач направляет больного в то учреждение, где ему проведут углубленные исследования, чтобы уточнить диагноз и правильно сориентироваться по объему операции.

3. Когда окончательный диагноз установлен,

врач готовит документы—выписку из истории болезни, результаты анализов и исследований. Этот пакет за подписью главного врача медучреждения передается на рассмотрение специальной комиссии при органе управления здравоохранения региона—в каких-то регионах это министерства, где-то комитеты, департаменты здравоохранения.

4. Далее документы рассматривает комиссия субъекта Российской Федерации по оказанию ВМП с участием главного специалиста по этому направлению. Он лучше всех разбирается в конкретной области, знает медучреждения, где оказывается необходимый вид помощи. Как правило, заседание комиссии происходит без участия больного, хотя в случае необходимости главный специалист может пригласить его на очную консультацию. В результате рассмотрения комиссией пакета документов пациента принимается решение о наличии или отсутствии показаний для оказания ему ВМП. Если принимается положительное решение, то руководитель органа исполнительной власти субъекта Российской Федера-

ции в сфере здравоохранения оформляет на пациента специальную учетную форму «Талон на оказание ВМП».

5. После принятия положительного решения и выдачи Талона на оказание ВМП комиссия органа управления здравоохранением региона направляет медицинские документы пациента в профильную клинику, которая имеет право оказывать ВМП по данному профилю.

6. Если комиссия принимает положительное решение, то она назначает дату госпитализации пациента и информирует об этом орган управления здравоохранением региона, где проживает больной.

7. Пациента извещают о решении комиссии—обычно через учреждение, направившее его на дальнейшее лечение, и выдают направление в конкретную клинику с указанием даты госпитализации.

В среднем между установлением диагноза лечащим врачом до госпитализации больного для проведения операции может проходить от нескольких дней до нескольких месяцев в за-

висимости от необходимости оказания срочной высокотехнологичной медицинской помощи, очередности в листе ожидания, наличия свободных мест в том медицинском учреждении, куда выдает направление регион.

Существуют также особые ситуации, при которых порядок действий получения ВМП может отличаться от описанного выше.

1. Комиссия субъекта Российской Федерации по оказанию ВМП приняла решение, что пациенту необходима высокотехнологичная медицинская помощь, например реконструктивно-восстановительная операция на кишечнике. Однако в настоящий момент (это может быть конец квартала или года) ни в одном лечебном учреждении в регионе или федеральном лечебном учреждении не осталось запланированных мест для оказания медицинской помощи по данному профилю в счет объемов ВМП. Если пациенту необходима экстренная операция, то Комиссия субъекта Российской Федерации по оказанию ВМП может предварительно договориться с руководством клиники и направить паци-

ента на госпитализацию в экстренном порядке. При этом Минздравсоцразвития России обязуется выделить клинике дополнительные объемы ВМП для обеспечения затрат, связанных с лечением этого пациента.

2. Если пациент без прохождения всех указанных этапов напрямую обращается в клинику, способную оказывать ВМП, то комиссия лечебного учреждения может принять положительное решение об оказании этому пациенту медицинской помощи в рамках ВМП. Это может быть только в том случае, если у данного лечебного учреждения имеются свободные места по разработанному в начале года плану оказания ВМП по различным профилям. В таком случае медицинское учреждение выдает пациенту необходимые документы для оформления Талона на оказание ВМП в комиссии при органе управления здравоохранения региона. После подтверждения оформления электронного талона медицинское учреждение получает право на госпитализацию данного пациента.

3. В некоторых случаях для обращения за

оказанием ВМП пациент может обратиться непосредственно в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, департамент высокотехнологичной медицинской помощи. Это возможно в следующих случаях:

- гражданин Российской Федерации не проживает на территории Российской Федерации;
- орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения не обеспечил направление пациента в федеральное учреждение здравоохранения для оказания ВМП или пациент не удовлетворен ранее оказанной медицинской помощью, в том числе ВМП, в федеральном учреждении здравоохранения.

Лечение за рубежом

Министерство здравоохранения и
социального развития Российской
Федерации

**Приказ от 19.12.2011 № 1571н об
утверждении административного
регламента Министерства
здравоохранения и социального
развития Российской Федерации
по предоставлению
государственной услуги по
направлению граждан российской
федерации на лечение за пределы
территории Российской
Федерации за счет бюджетных
ассигнований федерального
бюджета**

Министр Т. А. Голикова

I. Общие положения

Предмет регулирования

1. Административный регламент Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по предоставлению государственной услуги по направлению граждан Российской Федерации на лечение за пределы территории Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета (далее—Административный регламент, государственная услуга) определяет сроки и последовательность действий (административных процедур), а также порядок взаимодействия Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (далее—Министерство) с:

1) участвующими в оказании высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета федеральными государственными бюджетными учреждениями, подведомственными Министерству и Федеральному медико-биологическому агентству, и государ-

ственными учреждениями, подведомственными Российской академии медицинских наук (далее—федеральные медицинские учреждения);

2) органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения;

3) иностранными организациями, обеспечивающими услуги, связанные с лечением граждан Российской Федерации за пределами территории Российской Федерации (далее—иностраннне организации).

Круг заявителей

2. Заявителями на получение государственной услуги являются:

1) гражданин Российской Федерации, страдающий заболеванием, по поводу которого согласно рекомендации федерального медицинского учреждения следует проводить диагностику и/или лечение за пределами территории Российской Федерации (далее—пациент);

2) гражданин Российской Федерации, яв-

ляющийся законным представителем пациента (далее—законный представитель пациента);

3) гражданин Российской Федерации, представляющий интересы пациента при предоставлении государственной услуги на основании доверенности, заверенной в установленном порядке (далее—доверенное лицо пациента).

II. Стандарт предоставления государственной услуги

Наименование государственной услуги

15. Наименование государственной услуги— направление граждан Российской Федерации на лечение за пределы территории Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета.

Наименование федерального органа исполнительной власти, предоставляющего государственную услугу

16. Предоставление государственной услуги осуществляется Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации во взаимодействии:

- 1) с федеральными медицинскими учреждениями;
- 2) с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения;
- 3) с иностранными организациями.

17. Министерству запрещается требовать от пациента (законного представителя пациента или доверенного лица пациента) осуществления действий, в том числе согласований, необходимых для получения государственной услуги и связанных с обращением в иные государственные органы и организации, за исключением получения в федеральном медицинском учреждении выпис-

ного эпикриза из медицинской карты стационарного больного с указанием сведений о состоянии здоровья, обоснованных рекомендаций о необходимости диагностики и лечения за пределами территории Российской Федерации.

Описание результата предоставления услуги

18. Результатами предоставления государственной услуги могут являться:

1) направление пациента на лечение за пределы территории Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета;

2) отказ пациенту в направлении на лечение за пределы территории Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета.

Срок предоставления государственной услуги

19. Максимальный срок предоставления государственной услуги не должен превышать 92 рабочих дня со дня поступления в Министерство письменного заявления о предоставлении государственной услуги и документов, указанных в пункте 22 Административного регламента.

20. В случаях, предусмотренных пунктом 31 Административного регламента, срок предоставления государственной услуги может быть приостановлен до устранения причин, вызвавших приостановление срока.

Комментарии и вопросы

Процедура получения государственных средств для лечения за рубежом

Приказом Минздравсоцразвития России утвержден новый административный регламент, в котором подробно описана процедура получения государственных средств для лечения за рубежом. Это бесплатная государственная услуга, которая осуществляется по направлению или, так называемой, квоте на лечение за границей.

Все сведения о лечении за рубежом по первому требованию обязаны предоставлять не толь-

ко в Минздравсоцразвития России, но и в органы управления здравоохранения на территории страны. Кроме того, особо оговорена обязанность давать полную информацию со стороны многофункциональных центров предоставления государственных и муниципальных услуг.

График приема граждан и номера телефонов для справок размещены на официальном интернет-портале Минздравсоцразвития России minzdravsoc.ru, а также в приемной Министерства. Приемная размещается в помещении Минздравсоцразвития России и имеет отдельный вход, она оборудована специально для удобства больных, в том числе инвалидов. Прием идет без записи, в порядке живой очереди. Вам обязаны рассказать о перечне необходимых документов, сроках и порядке решений, об адресах иных органов и организаций, от которых зависит направление за рубеж. А также о времени приема и выдачи документов и даже о порядке обжалования действий или бездействия должностных лиц.

Если запрос поступит письменно, вам обязаны ответить в 30-дневный срок со дня его реги-

страции.

Кому положена квота на лечение за рубежом?

Право на лечение за рубежом имеет любой пациент страны. Но только лишь желания больного человека для отправки на лечение за границу недостаточно. Государство берет на себя финансирование такого лечения лишь в том случае, если технология, требуемая пациенту, не зарегистрирована на территории нашей страны. Сводная информация о разрешенных к применению на территории Российской Федерации медицинских технологиях имеется в Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

Однако предлагать больному поехать в зарубежную клинику никто не будет. Согласно регламенту первый шаг делает сам гражданин. Именно он или его законный представитель или представитель по доверенности должны обратиться с

письменным заявлением о направлении за границу в Минздравсоцразвития России.

Получатели госуслуги:

- пациент—гражданин Российской Федерации, признанный нуждающимся в диагностике и/или лечении за пределами Российской Федерации;
- сопровождающее лицо, при условии, что сопровождение обусловлено медицинскими показаниями либо несовершеннолетием пациента.

При этом государство оплатит пациенту и сопровождающему суточные, наем жилья и проезд к месту лечения и обратно в тех же размерах, что и командированным за границу госслужащим. И, разумеется, лечение или диагностику.

Кто обязан предоставить госуслугу?

Предоставить госуслугу в виде направления на лечение за рубеж обязаны следующие учреждения:

- Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации;
- Росздравнадзор;
- федеральные учреждения здравоохранения.

Таким образом, в поликлинике или даже в больнице регионального подчинения добиться направления за рубеж пациент не сможет. Ему придется пройти все ступеньки медицинской бюрократической лестницы.

Какие нужны документы?

Основанием для отправки за рубеж служит письменное обращение. В нем должны быть:

- фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента;
- данные о месте жительства и/или месте пребывания;
- реквизиты документа, удостоверяющего личность и гражданство пациента;
- почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений и номер контактного телефона (при наличии).

Если заявление направил законный представитель пациента, в нем дополнительно должны быть все перечисленные выше сведения и о нем. А также реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя или доверенного лица пациента.

Заявление можно писать от руки—лишь бы разборчиво, можно отдать в напечатанном виде. Но обязательно на русском языке, с личной подписью и датой.

К обращению прилагаются:

- копия паспорта или свидетельства о рождении пациента;
- копия выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного;
- копия паспорта законного представителя или доверенного лица;
- копия документа, удостоверяющего полномочия законного представителя пациента, или нотариальная доверенность.

Следует иметь в виду особые требования к выписному эпикризу. Он должен быть выдан обязательно федеральным учреждением здраво-

охранения. При этом попасть в это федеральное медучреждение больной может быть только в установленном порядке, то есть по направлению нижестоящих лечебных учреждений и органов здравоохранения субъектов Российской Федерации. Лечь в федеральную больницу на платной основе и потом получить направление для лечения за границу не получится.

В эпикризе должны содержаться сведения о состоянии здоровья: основной и сопутствующие диагнозы, анамнез заболевания, результаты обследований и проведенное лечение, а также обоснованные рекомендации о необходимости диагностики и лечения за пределами территории Российской Федерации.

Выписной эпикриз должен быть выдан не ранее чем за трех месяца до подачи заявления о лечении за границей в Минздравсоцразвития России. Он действителен только при наличии подписей лечащего врача, руководителя и печати федеральной клиники.

Почему могут отказать?

В новом административном регламенте приведен перечень оснований для отказа в отправке для лечения за рубеж:

- отсутствие у пациента гражданства Российской Федерации;
- отсутствие в медицинском заключении показаний для направления на лечение за пределами Российской Федерации;
- возможность получения необходимого лечения на территории Российской Федерации;
- отсутствие всех нужных документов даже после 30-дневной приостановки процедуры направления на лечение за рубеж;
- отказ пациента (его законного представителя) от лечения за границей;
- отказ иностранных организаций в предоставлении услуг, связанных с лечением пациента.

Куда можно обжаловать отказ?

Отказ в лечении за рубежом должен быть не только обоснованным, но еще и предлагать альтернативу. Пациенту и в орган здравоохранения региона должны быть направлены подробные рекомендации по лечению на территории Российской Федерации, в том числе с использованием высокотехнологичных видов медицинской помощи.

Кроме того, можно жаловаться. В досудебном порядке (на любом этапе рассмотрения вопроса) жалобы можно направить в два адреса—в Росздравнадзор и в Минздравсоцразвития России. Ответ будет в течение месяца.

В судебном порядке—в районный суд общей юрисдикции, с заявлением об оспаривании решений, действий (бездействия) органов государственной власти, должностных лиц. Срок обращения—три месяца со дня, когда стало известно о нарушении прав и свобод обратившегося. К заявлению прилагаются копии паспорта и

выписки из медицинской карты с рекомендациями о необходимости диагностики и лечения за границей.

Клинику найдет Минздрав

После решения комиссии департаменту Минздрава дается три рабочих дня для поиска клиники и направления туда экспресс-почтой проекта договора о лечении гражданина Российской Федерации и предполагаемой стоимости. Дальше все зависит от иностранной клиники.

При получении согласия проходит еще пять дней для согласования расходов и составления договора с пациентом. Договор подписывается министром, регистрируется и оплачивается в срок от двух до семи дней, затем отправляется в Федеральную антимонопольную службу. (ФАС)

Затем в течение пяти рабочих дней со дня регистрации договора Минздравсоцразвития России перечисляет иностранной клинике валюту для лечения пациента.

Если клиника отказалась от больного, надо

опять проводить комиссию и искать варианты. Еще 10 дней долой. Всего на переговоры с клиниками отводится до 30 рабочих дней.

Средства на счета пациента и сопровождающего в российском банке для оплаты жилья, суточных и проезда должны быть переведены в течение пяти рабочих дней со дня регистрации договора. При возвращении после лечения дается 14 дней для отчета о произведенных расходах. Так что все чеки, билеты и счета придется хранить. Перевод их на русский язык делается за счет средств Минздравсоцразвития России. Остаток неиспользованных средств в рублях надо будет вернуть в Министерство.

Порядок и сроки рассмотрения

Пациент имеет право просить о лечении за границей несколько раз. При этом максимальный срок отправки на лечение не должен превышать 92 рабочих дня со дня обращения. Если к обращению

приложены не все документы, срок может быть приостановлен.

В регламенте прописана очередность действий органов госвласти при направлении на лечение за рубеж. На прием, регистрацию и рассмотрение документов отводится восемь рабочих дней. Все действия с документами ведутся в Департаменте высокотехнологичной медицинской помощи. Если все документы в наличии, департамент в течение трех дней запрашивает сведения в Росздравнадзоре о невозможности лечения в Российской Федерации. Одновременно запрашиваются заключения в двух федеральных клиниках, одна из которых не проводила лечение пациента. Ответы должны быть готовы в течение пяти рабочих дней. Если нужно дополнительное обследование в клинике, то оно проводится сроком до 20 рабочих дней. Копии всех ответов направляются не только в Минздравсоцразвития России, но и пациенту.

Директор департамента в течение одного дня назначает сотрудника, ответственного за рассмотрение документов. Сотрудник имеет еще

один день на проверку комплектности документов. Если не хватает чего-то существенного, в течение двух рабочих дней должен быть подготовлен письменный отказ.

Если нужные документы достаточно легко дослать, сотрудник имеет те же два дня для отправки пациенту разъяснения о перечне и максимальном, 30-дневном сроке представления дополнительных бумаг. Процедура рассмотрения при этом приостанавливается.

Если документы не поступят, Минздравсоцразвития России пишет отказ.

Особая процедура прописана для случаев, когда выписной эпикриз не соответствует регламенту. В этом случае департаменту дается три рабочих дня для выбора следующих действий:

- направления пациента на дополнительное стационарное обследование и/или лечение в профильную федеральную клинику для получения «правильного» выписного эпикриза;
- запроса в федеральную клинику о наличии или отсутствии показаний для лечения за рубе-

жом.

Федеральная клиника обязана ответить департаменту в срок до 20 рабочих дней.

В заключении федеральной клиники должны быть учтены и указаны:

- основное и сопутствующие заболевания;
- тяжесть состояния пациента;
- результаты диагностических исследований;
- эффективность оказанной медицинской помощи, в том числе на предыдущих этапах;
- данные о фактическом применении (неприменении) на территории Российской Федерации;
- рекомендованных пациенту методов диагностики и лечения;
- возможность лечения на территории Российской Федерации;
- сведения об эффективности и результатах применения рекомендованных пациенту медицинских технологий в иностранных организациях;
- обоснование показаний для направления на лечение за границу;
- обоснование необходимости сопровождения

к месту лечения;

- рекомендации по лечению в условиях иностранной организации.

После поступления всех необходимых документов, на что отводится срок от 5 до 25 дней, департаменту дается еще 14 дней для подготовки заседания комиссии, которая выносит решение о предоставлении госуслуги или об отказе в ней. Выписка из протокола заседания комиссии о принятом решении в течение трех рабочих дней со дня его принятия направляется в адрес заявителя за подписью директора.

И наконец, последний этап. На основании решения комиссии с иностранной клиникой заключается договор о лечении. А с пациентом или его представителем и сопровождающим лицом заключается договор о выделении средств в валюте Российской Федерации на оплату расходов, связанных с лечением за рубежом.

Отказ в оказании бесплатной медицинской помощи

Статья 11 {Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 28.12.2013) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»}. Недопустимость отказа в оказании медицинской помощи

1. Отказ в оказании медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и взимание платы за ее оказание медицинской организацией, участвующей в реализации этой программы, и медицинскими работниками такой медицинской организации не

допускаются.

2. Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается.

3. За нарушение предусмотренных частями 1 и 2 настоящей статьи требований медицинские организации и медицинские работники несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Комментарии и вопросы

Недопустимость отказа в оказании медицинской помощи

Действующее законодательство устанавливает гарантии оказания медицинской помощи. Отказ в оказании медицинской помощи может привести к тяжелым последствиям для здоровья и жизни человека. В связи с этим отказ в оказании медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и взимание платы за ее оказание медицинской организа-

цией, участвующей в реализации этой программы, и медицинскими работниками такой медицинской организации не допускаются.

Порядок и условия оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи регламентированы главой 10 Закона.

В рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи предоставляются:

- 1) первичная медико-санитарная помощь, в том числе доврачебная, врачебная и специализированная;
- 2) специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная;
- 3) скорая медицинская помощь, в том числе скорая специализированная;
- 4) паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях.

2. Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно и не зависит от порядка

и условий, установленных программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Отказ в ее оказании не допускается.

Экстренная форма оказания медицинской помощи—это медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента. Она требует незамедлительного принятия мер для сохранения жизни.

Комментируемая норма более чем оправдывает себя, поскольку выступает гарантом сохранения жизни человека, что является бесспорным приоритетом с точки зрения как морали, так и права.

3. За отказ в оказании медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и взимание платы за ее оказание медицинской организацией, участвующей в реализации этой программы, и медицинскими работниками такой медицинской организации, за

отказ в оказании медицинской помощи в экстренной форме или несвоевременность в оказании такой помощи медицинские организации и медицинские работники несут ответственность.

Медицинские работники несут уголовную ответственность в соответствии со ст. 124 УК РФ—неоказание помощи больному.

В зависимости от характера правонарушения медицинские организации и медицинские работники подлежат гражданской ответственности в соответствии с главой 59 ГК РФ. Гражданин, чье право нарушено, либо его родственники могут требовать возмещения вреда, причиненного жизни и здоровью гражданина, а также компенсации морального вреда.

Ответственность в сфере охраны здоровья

В действующем законе определено, что за обеспечение реализации гарантий и соблюдение прав и свобод в сфере охраны здоровья несут ответ-

ственность органы государственной власти и органы местного самоуправления.

Органы исполнительной власти обладают полномочиями по организации системы охраны здоровья, основной обязанностью которых является создание необходимых условий для реализации прав граждан.

Проблема реализации и защиты прав и свобод человека и гражданина в сфере исполнительной власти неразрывно связана с административно-правовым статусом гражданина как субъекта многообразных административных правоотношений. Этот статус необходимо рассматривать в связи с реализацией в сфере исполнительной власти прав и свобод граждан.

Необходимо заметить, что органы исполнительной власти обладают правовыми, организационными и материальными средствами, направленными на реализацию гражданами их конституционных прав и свобод. Органы исполнительной власти обязаны своевременно и объективно рассматривать обращения граждан, обеспечивать реализацию конституционных прав и свобод

человека и гражданина при применении мер административного принуждения. В то же время органы государственной власти, органы управления призваны создавать условия для выполнения гражданами возложенных на них Конституцией обязанностей.

Таким образом, в отношениях с органами исполнительной власти гражданин выступает стороной, обладающей правами требовать по отношению к нему от государственных органов и их должностных лиц выполнения определенных обязанностей, например, предоставить медицинскую помощь, – соответствующая обязанность органа управления (должностного лица). Кроме того, гражданин является стороной, обязанной выполнять или соблюдать определенные правила, предусмотренные административно-правовой нормой. Защита прав и свобод граждан является обязанностью всех органов государственной власти, всех органов местного самоуправления, всех должностных лиц. В случае неисполнения органом исполнительной власти и его должностным лицом своих обязанностей по обеспечению защи-

ты прав и свобод личности гражданин должен иметь реальную возможность использовать правовой механизм реализации своих прав в сфере охраны здоровья. Он может использовать механизм судебного или административного обжалования решений и действий органа исполнительной власти, нарушающего права граждан.

Эффективная защита прав и свобод в сфере исполнительной власти требует четкого правового закрепления не только прав граждан, но и корреспондирующих этим правам обязанностей соответствующих государственных органов. Роль регуляторов в этой сфере призван выполнять закон, который должен в полной мере соответствовать нормам Конституции Российской Федерации.

2. Если в случае оказания медицинской помощи гражданину причинен вред жизни или здоровью, наступает гражданская, административная, а в некоторых ситуациях при наличии вины медицинского работника наступает уголовная ответственность.

Противоправность действия (бездействия)

медицинских учреждений (работников) – это нарушение нормы закона или иного нормативного акта (приказов, инструкций), регулирующих медицинскую деятельность, или условий договора.

Следует рассмотреть виды уголовной ответственности, к которой на сегодняшний день могут быть привлечены медицинские и фармацевтические работники.

Уголовная ответственность наступает в следующих случаях:

- причинение смерти по неосторожности (ч. 2 ст. 109 УК РФ),
- причинение тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 118 УК РФ),
- заражение ВИЧ-инфекцией (ст. 122 УК РФ),
- незаконное производство аборта (ст. 123 УК РФ),
- неоказание помощи больному (ст. 124 УК РФ),
- незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической дея-

тельностью (ст. 235 УК РФ).

Социальная помощь
льготным категориям
граждан. Медицинские
услуги и лекарственные
средства

Российская Федерация
Федеральный закон от 17.07.1999
№ 178-ФЗ о государственной
социальной помощи (в ред. от
12.03.2014 № 33-ФЗ)

Принят Государственной Думой
25 июня 1999 года

Одобен Советом Федерации 2
июля 1999 года

Статья 6.1. Право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг

Право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг имеют следующие категории граждан:

- 1) инвалиды войны;
- 2) участники Великой Отечественной войны;
- 3) ветераны боевых действий из числа лиц, указанных в подпунктах 1–4 п. 1 ст. 3 Федерального закона «О ветеранах»;
- 4) военнослужащие, проходившие военную службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, в период с 22 июня 1941 года по 3 сентября 1945 года, не менее шести месяцев, военнослужащие, награжденные орденами или медалями СССР за службу в указанный период;
- 5) лица, награжденные знаком «Жителю

блокадного Ленинграда»;

6) лица, работавшие в период Великой Отечественной войны на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, на строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон действующих флотов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог, а также члены экипажей судов транспортного флота, интернированных в начале Великой Отечественной войны в портах других государств;

7) члены семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий, члены семей погибших в Великой Отечественной войне лиц из числа личного состава групп самозащиты объектовых и аварийных команд местной противовоздушной обороны, а также члены семей погибших работников госпиталей и больниц города Ленинграда;

8) инвалиды;

9) дети-инвалиды.

Статья 6.2. Набор социальных услуг

1. В состав предоставляемого гражданам из числа категорий, указанных в статье 6.1 настоящего Федерального закона, набора социальных услуг включаются следующие социальные услуги:

1) обеспечение в соответствии со стандартами медицинской помощи необходимыми лекарственными препаратами для медицинского применения по рецептам на лекарственные препараты, медицинскими изделиями по рецептам на медицинские изделия, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов;

2) предоставление при наличии медицинских показаний путевки на санаторно-курортное лечение, осуществляемое в целях профилактики основных заболеваний, в санаторно-курортные организации, определенные в соответствии с за-

конодательством Российской Федерации о контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд;

2. Правительство Российской Федерации утверждает перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций, перечень медицинских изделий, перечень специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов, обеспечение которыми осуществляется в соответствии с пунктом 1 части 1 настоящей статьи, и порядки формирования таких перечней.

3. Длительность санаторно-курортного лечения в рамках предоставляемого гражданам набора социальных услуг в санаторно-курортной организации составляет 18 дней, для детей-инвалидов—21 день, а для инвалидов с заболеваниями и последствиями травм спинного и головного мозга—от 24 до 42 дней.

Статья 11. Размер государственной социальной помощи, оказываемой за счет средств субъекта Российской Федерации

Размер государственной социальной помощи, оказываемой в соответствии с настоящей главой, определяется органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Статья 12. Виды оказания государственной социальной помощи

1. Оказание государственной социальной помощи осуществляется в следующих видах:

- денежные выплаты (социальные пособия, субсидии и другие выплаты);
- натуральная помощь (топливо, продукты

питания, одежда, обувь, медикаменты и другие виды натуральной помощи).

Правительство Российской
Федерации

**Постановление от 8.04.1999 № 393
о гарантированном обеспечении
граждан жизненно необходимыми
и важнейшими лекарственными
средствами, а также о некоторых
условиях льготного обеспечения
граждан лекарственными
средствами (с изм., внесенными
решением Верховного Суда
Российской Федерации от
26.11.2003 № гкпи 03–655)**

Во исполнение статьи 32 Федерального закона «О лекарственных средствах», а также в целях упорядочения льготного обеспечения граждан лекарственными средствами и рационального использования государственных ассигнований, направляемых на эти цели, Правительство Российской Федерации постановляет:

1. Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации разработать и утвердить по согласованию с Министерством экономики Российской Федерации и Министерством финансов Российской Федерации минимальный ассортимент лекарственных средств, необходимых для оказания медицинской помощи, наличие которого обязательно для аптечных учреждений, предусмотрев в нем в качестве составной части перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств;

а) осуществлять с участием органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации меры по контролю за наличием в аптечных учреждениях минимального ассортимента лекарственных средств, необходимых для оказания медицинской помощи;

б) разработать и утвердить:

порядок выписки рецептов на лекарственные средства гражданам, обратившимся за медицинской помощью в амбулаторно-поликлиническое учреждение независимо от его организационно—правовой формы, имея в виду, что назначение ле-

карственных средств, норма их отпуска и выписка рецептов осуществляются лечащим врачом исходя из тяжести, характера заболевания и стандартов его диагностики и лечения;

порядок отпуска лекарственных средств в аптечных учреждениях, предусмотрев в нем правила замены лекарственного средства, на которое выписан рецепт, в случае его отсутствия.

2. Льготным категориям граждан, имеющих право при амбулаторном лечении на бесплатное обеспечение лекарственными средствами или на 50-процентную скидку в их оплате, рецепты выписываются на лекарственные средства:

- входящие в минимальный ассортимент лекарственных средств, необходимых для оказания медицинской помощи, – единолично лечащим врачом государственного или муниципального амбулаторно-поликлинического учреждения по месту постоянного проживания этих граждан или по месту их прикрепления для медицинского обслуживания (далее именуется—поликлиническое учреждение);

- не входящие в минимальный ассорти-

мент, а также на наркотические, психотропные, сильнодействующие, специальные лекарственные (противоопухолевые, противотуберкулезные, противодиабетические, иммунодепрессанты) – лечащим врачом на основании решения клинико-экспертной комиссии поликлинического учреждения или соответствующими специалистами поликлинического учреждения, или врачами соответствующих специализированных лечебно-профилактических учреждений (диспансеров).

В отдельных случаях, связанных с необходимостью предоставления срочной медицинской помощи, назначение лекарственных средств и выписка рецептов возможны единолично лечащим врачом без предварительного согласования с клинико-экспертной комиссией поликлинического учреждения.

3. Министерству труда и социального развития Российской Федерации, Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Министерству финансов Российской Федерации и Министерству экономики Россий-

ской Федерации с участием органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации подготовить в 3-месячный срок предложения по рациональному использованию ассигнований из бюджетов всех уровней, направляемых на возмещение расходов по оплате лекарственных средств, предоставляемых в соответствии с законодательством Российской Федерации льготным категориям граждан.

4. Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации с участием Министерства юстиции Российской Федерации внести в 2-месячный срок предложения о приведении в соответствие с настоящим Постановлением нормативных правовых актов Правительства Российской Федерации.

Перечень бесплатных медицинских препаратов

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации Приказ от 18.09.2006 № 665 об утверждении перечня лекарственных препаратов, в том числе перечня лекарственных препаратов, назначаемых по решению врачебной комиссии лечебно-профилактических учреждений, обеспечение которыми осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача (фельдшера) при оказании государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг (в ред. Приказов Минздравсоцразвития РФ от 19.10.2007 № 651, от



PDF Generation

Generated on *24 декабря 2014 г.* by **fb2pdf** version
3.14

<http://www.fb2pdf.com/>