ISSN 2221-9943

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

«OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE IN THE RUSSIAN FEDERATION»

НАУЧНО–ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
№ 3, 2011

ISSN 2221-9943

«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»
№ 3, 2011

Научно-практический журнал
Выходит 1 раз в два месяца с 2006 года
Зарегистрирован в Федеральной службе по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия
Регистрационный номер ПИ № ФС77-23840 от 28 марта 2006 года

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:
А.В. Юрин – Председатель ФОМС

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА:
В.А. Зеленский – Директор Департамента развития медицинского страхования Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, к.э.н.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:
О.В. Андреева – Начальник Инспекции Счетной палаты РФ по контролю расходов федерального бюджета на здравоохранение и за бюджетом ФОМС, д.м.н., профессор
П.В. Бреев – И.о.начальника Отдела по взаимодействию с федеральными органами исполнительной власти и СМИ ФОМС
М.А. Ковалевский – Профессор кафедры экономики здравоохранения ГОБУ ВПО «Государственный университет – Высшая школа экономики», к.т.н.
О.А. Константинова – Заместитель директора Департамента развития фармацевтического рынка и рынка медицинской техники Минздравсоцразвития России

С.Г. Кравчук – Начальник Управления организации ОМС ФОМС
Д.Ю. Кузнецов – Президент Межрегионального союза медицинских страховщиков
А.Л. Линденбратен – Заместитель директора по научно-исследовательской работе национального НИИ общественного здоровья РАМН, д.м.н., профессор
И.В. Плешков – Начальник контрольно-ревизионного Управления ФОМС, д.м.н.
А.В. Решетников – Исполнительный директор Московского городского фонда ОМС, академик РАМН, д.м.н., профессор
И.В. Соколова – Начальник отдела обязательного социального страхования и государственных внебюджетных фондов Департамента бюджетной политики в отраслях социальной сферы и науки Министерства финансов Российской Федерации
В.И. Стародубов – Вице-президент РАМН, д.м.н., профессор, академик РАМН, директор ФГУ «ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения»

О.В. Царева – Начальник Управления модернизации системы ОМС ФОМС, к.м.н.
И.М. Шейман – Заведующий лабораторией экономических исследований общественного сектора ГОБУ ВПО «Государственный университет – Высшая школа экономики», к.э.н., профессор
С.В. Шишкин – Проректор ГОБУ ВПО «Государственный университет – Высшая школа экономики», д.э.н., профессор
Г.Л. Юркин – Начальник Управления правовой и международной деятельности ФОМС

Учредители:
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
Дом печати «Столичный бизнес»
Журнал издается Домом печати «Столичный бизнес»
Номер подписан в печать 04.07.2011 года
Тираж: 3000 экз.
Формат: 205 х 275 мм
Объем: 84 полосы

Адрес редакции:
Дом печати «Столичный бизнес»
105062, г. Москва, ул. Покровка, 47/24,
Тел.: (495) 916-39-84
E-mail: journal-oms@yandex.ru

При перепечатке ссылка на журнал «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации» обязательна

© «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации», 2011

Подписной индекс журнала «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации» в каталоге «Газеты. Журналы» Агентства «Роспечать» – 36347

«OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE IN THE RUSSIAN FEDERATION»
№ 3, 2011

Scientific Practical Journal
It is issued 1 time every second month since 2006
It is registered in the Federal Service of Supervision for Legislation Observance in Sphere of Mass Media Communications and Culture Legacy Preservation
Registration number ПИ № ФС77-23840 of March 28 2006

EDITOR-IN-CHIEF:
A.V. Yurin – Chairman of the Federal compulsory health insurance fund

DEPUTY EDITOR-IN-CHIEF:
V.A. Zelensky – PhD in Economic Sciences, the Ministry of Public Health and Social Development of Russia

EDITORIAL BOARD:
O.V. Andreyeva – MD, PhD, Professor, the Account Chamber of the Russian Federation

P.V. Breyev – FCHIF

M.A. Kovalevsky – PhD in Technical Sciences, Professor, the State Institution «Higher School of Economics»

O.A. Konstantinova – Deputy Director of the Department for Development of Pharmaceutical Market and Market of Medical Equipment of the Ministry of Public Health and Social Development of the Russian Federation
S.G. Kravchuk – FCHIF
D.Y. Kuznetsov – President MCMC

A.L. Lindenbraten – MD, PhD, Professor, the Research Institute for Public Health of the Russian Academy of Medical Sciences

I.V. Pleshkov – MD, PhD, FCHIF

A.V. Reshetnikov – MD, PhD, Professor, Academician of the Russian Academy of Medical Sciences, the Moscow City FCHIF
I.V. Sokolova – The Ministry of Finances of the Russian Federation

V.I. Starodubov – MD, PhD, Professor, Academician of the Russian Academy of Medical Sciences, Vice-President of the Russian Academy of Medical Sciences, Director of the Central Research Institute of Health Servise Organization and Information
O.V. Tsaryova – MD, PhD, FCHIF

I.M. Sheyman – PhD in Economic Sciences, Professor, the State Institution «Higher School of Economics»

S.V. Shishkin – PhD in Economic Sciences, Professor, the State Institution «Higher School of Economics»
G.L. Yurkin – FCHIF

Founders:
Federal compulsory health insurance fund
House of Press «Metropolitan Business»
The journal is published by the House of Press «Metropolitan Business»
The issue is passed for printing 04.07.2011
Circulation: 3000 copies
Format: 205 x 275 mm
Volume: 84 type pages

Address of Editorial Office:
House of Press «Metropolitan Business»
Ul. Pokrovka 47/24, Moscow, 105062, Russia
Tel.: (495) 916-39-84
E-mail: journal-oms@yandex.ru

In case of reprinting reference to the Journal «Obligatory Medical Insurance in Russian Federation» is obligatory.

© «Obligatory Medical Insurance in Russian Federation», 2011

Subscription index of the Journal «Obligatory Medical Insurance in Russian Federation» in the Catalogue «Newspapers. Journals of the Agency «Rospechat» – 36347

ISSN 2221-9943
9 772221 994772 >

СОДЕРЖАНИЕ

ОФИЦИАЛЬНО | НОВОСТИ

Президент Российской Федерации Д.А. Медведев провёл 16 мая 2011 года в Горках совещание по вопросам сохранения и укрепления здоровья детей в учреждениях дошкольного и общего образования. 4

Совещание исполнительных директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования Южного, Сибирского и Уральского федеральных округов . . 7

Межрегиональный координационный совет по организации защиты прав граждан в системе ОМС. 8

С 1 мая 2011 года введен в обращение полис обязательного медицинского страхования единого образца. 10

Новые кадровые назначения 12

НАШИ ПУБЛИКАЦИИ

С.Г. Кравчук
Нюансы закона № 326-ФЗ об ОМС 14

Ю.А. Нечепоренко
Как система электронного документооборота, так и персонал федерального и территориальных фондов готовы к выполнению новых правил обязательного медицинского страхования 17

ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ В СИСТЕМЕ ОМС

О.А. Константинова, Н.И. Омуров, И.Г. Камалова
О лекарственном обеспечении стационарной медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования в 2010 году/
Konstantinova O.A. Omurov N. I.Kamalova Irina G.
About medicinal provision of stationary medical care in the system of obligatory medical insurance in 2010 20

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОМС

А.Л. Линденбратен, В.В. Ковалева
Вопросы совершенствования оценки качества медицинской помощи в условиях ОМС/
Alexander L. Lindenbraten, Victoria V. Kovalyova
Aspects of perfection of evaluation for medical care quality in omi conditions 26

Международная научно-практическая конференция «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья» 29

КОНТРОЛЬНО-РЕВИЗИОННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В СИСТЕМЕ ОМС

Г.А. Антонова Контрольно-ревизионная деятельность Московского областного фонда обязательного медицинского страхования в 2010 году/

Antonova G.A. Control audit activity of the Moscow Regional Foundation of Obligatory Medical Insurance in 2010 30

МОДЕРНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ОМС

В.Н. Мокшин, И.А.Гехт, Г.Б. Артемьева
Методика определения дифференцированных сумм доплат врачам-специалистам в ходе реализации региональной программы модернизации здравоохранения/
V.N. Mokshin, I.A.Gekht, G.B. Artemyeva
Technique of determination for differentiated sums of additional payments to doctors specialists in realization of regional program of public health modernization 36

НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ 39

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 3 марта 2011 г. № 163н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 4 февраля 2010 г. № 55н «О порядке проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан» **(40)**

Письмо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31 марта 2011 г. № 14-0/10/2-3074 «Сведения о численности работающих граждан, подлежащих дополнительной диспансеризации в 2011 году в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 года №1228 **(41)**

Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 20 января 2011 г. № 16 «Об утверждении отчетных форм по проведению дополнительной диспансеризации» **(44)**

Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 22 февраля 2011 г. № 40 «Об утверждении порядка формирования и формы заявки на получение средств на внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами» **(45)**

Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011 г. № 77 «О внесении изменений в приказ ФОМС от 18 января 2011 г. № 10» **(46)**

Письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18 апреля 2011 г. № 2223/21-4/и «О порядке финансового обеспечения мероприятий по внедрению стандартов и повышению доступности амбулаторной медицинской помощи в рамках региональных программ модернизации здравоохранения» **(47)**

Письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 29 апреля 2011 г. № 2686/21-и «О реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации» **(49)**

Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 6 апреля 2011 г. № 74 «О комиссии Федерального фонда обязательного медицинского страхования для рассмотрения вопросов предоставления работникам единовременной субсидии на приобретение жилого помещения» **(51)**

Методические указания по представлению информации в сфере обязательного медицинского страхования **(54)**

Президент Российской Федерации Д.А. Медведев провёл 16 мая 2011 года в Горках совещание по вопросам сохранения и укрепления здоровья детей в учреждениях дошкольного и общего образования

«В мире накоплен очень хороший опыт организации медицинской помощи и питания в школах и детских садах. И все эти технологии нами должны быть использованы в первую очередь. От этого зависит будущее наших детей – думаю, это все понимают».

Д.А. Медведев на совещании по вопросам сохранения и укрепления здоровья детей в учреждениях дошкольного и общего образования (16 мая 2011 г.)

Во вступительном слове Президент Российской Федерации Д.А. Медведев отметил: «Сегодня мы планировали остановиться на одном из очень серьёзных вопросов. Это в том числе некоторое логическое продолжение наших встреч, которые были в начале месяца, по детскому отдыху, а сегодня предлагаю поговорить о состоянии здоровья наших детей на примерах или на вопросах организации питания и медицинской помощи в детских садах и школах – тема, которая актуальна абсолютно для любого родителя и которая, конечно, требует особого государственного внимания.

Данные по здоровью детей, в общем, всё время разнятся, и некоторые из них выглядят очень тревожно. В любом случае абсолютно здоровыми, по данным Министерства здравоохранения, в настоящий момент можно назвать только 10 процентов выпускников школ. Более половины детей считаются имеющими ослабленное здоровье, и значительная часть детей в возрасте до 14 лет уже приобретают хронические болезни. Статистика эта, мягко говоря, неутешительная, именно поэтому ещё в прошлогоднем Послании я поручил начать с текущего года углублённую диспансеризацию школьников. Об этом мы сейчас тоже поговорим.

Конечно, было бы абсолютно несправедливо сказать, что для охраны здоровья детей ничего не делается. Реальное количество процедур стало больше. В декабре прошлого года приняты новые федеральные требования к образовательным учреждениям, на основе которых должны быть созданы условия для здоровой и безопасной жизни учеников. При этом сегодня в значительной части российских школ отсутствуют медицинские кабинеты. Либо эти кабинеты имеются, но там стоят только

стулья, столы и более ничего: в них не найдёшь ни медицинского оборудования, ни даже элементарных лекарственных препаратов. Порой единственное, что может сделать школьный доктор, – это просто позвонить в скорую помощь и дожидаться приезда других врачей.

По тем данным, которыми я располагаю, приблизительно треть школ вообще не имеет этих самых медицинских кабинетов. Ставки медицинского работника в школе часто или сокращены, или вакантны, то есть пустуют. Не лучше обстоят дела и в детских садах. Специалисты на такую работу идут крайне неохотно, мотивируя это, с одной стороны, очень большим объёмом ответственности, а с другой стороны, конечно, низкой зарплатой и отсутствием возможности карьерного роста, что важно для всех и для медиков в том числе.

Считаю, что пора менять эту ситуацию, и хотел бы сегодня услышать ваши предложения. При этом мы должны придумать или подготовить такие предложения, которые будут эффективными и работоспособными. Не следует идеализировать то, что было. И в советские времена такого рода медицинские кабинеты зачастую были абсолютно формальными. Я помню, как это всё выглядело ещё по школе: медицинская сестра просто сидела, отбывала время, хотя какие-то пилюли у неё были, это правда. И периодически она всех заставляла идти на какую-то прививку или ещё что-то. В общем, если что-то и делать в этом направлении, это должна быть современная, более подготовленная и более эффективная медицинская помощь.

Ещё одна тема – организация питания детей и подростков. Здоровье любого человека по понятным причинам, ребёнка тем более, напрямую зависит от того, насколько он сбалансированно и регулярно питается. Сегодня в 48 регионах нашей страны приняты, а ещё в 24 подготовлены и региональные, и муниципальные программы совершенствования организации питания в общеобразовательных школах. Это неплохой результат, потому что ещё несколько лет назад у нас ничего этого не было.

Это результат работы по национальному проекту «Школьное питание», национальному проекту «Образование» и соответствующему экспериментальному проекту «Школьное питание». В итоге за четыре года практически во всех регионах, которые участвовали в эксперименте, показатели здоровья школьников улучшились. И это объективный факт, поэтому этот опыт требует уже не только осмысления (потому что экспериментировать хватит) – надо переходить уже к развитию этой системы по всей стране.

Организация и школьного питания, и медицинской помощи не должны быть проблемой одного человека, имею в виду директора школы или заведующего детсадом. В каждой региональной программе развития образования должен быть соответствующий раздел, то есть именно там должны закладываться основы этой программы, оттуда она должна финансироваться, и в значительной мере, конечно, за неё должны отвечать все, кто организует здравоохранение и образование в регионе или муниципалитете. Она должна быть подкреплена достаточным финансированием средств территориального и местного бюджетов, а также использованием механизмов государственно-частного партнёрства.

Кстати сказать, когда мы придумали этот экспериментальный проект «Школьное питание», именно по такому принципу он и шёл: это был именно принцип государственно-частного партнёрства, и многие предприниматели с удовольствием в нём участвовали. Часть этих проектов до сих пор работает и помогает обеспечивать детей нормальной и качественной пищей по самым современным стандартам.

В заключение скажу, что в мире накоплен очень хороший опыт организации медицинской помощи и питания в школах и детских садах. И все эти технологии нами должны быть использованы в первую очередь. От этого зависит будущее наших детей – думаю, это все понимают».

«Заработная плата врачей-специалистов, к которым относятся педиатры, несколько подрастёт за эти два года за счёт средств, которые выделяет Федеральный фонд обязательного медицинского страхования на эти цели – это практически 70 процентов».

Т.А. Голикова на совещании по вопросам сохранения и укрепления здоровья детей в учреждениях дошкольного и общего образования (16 мая 2011 г.)

Министр здравоохранения и социального развития Российской Федерации Т.А. Голикова отметила, что в рамках программ по модернизации здравоохранения предусмотрено не менее 25 процентов на развитие детства, педиатрии, родовспоможения: «На эти цели предусмотрено практически 162 миллиарда рублей. И самое главное, что в одном из направлений, которое связано с совершенствованием стандартов оказания медицинской

помощи, есть амбулаторное направление, куда попадают врачи-специалисты.

Заработная плата врачей-специалистов, к которым относятся педиатры, несколько подрастёт за эти два года за счёт средств, которые выделяет Федеральный фонд обязательного медицинского страхования на эти цели – это практически 70 процентов. Понятно, что по регионам, учитывая высокий уровень дифференциации, такая прибавка будет разной. Тем не менее, мы ориентировали регионы не только на те средства, которые выделяет Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, но и на те средства и на те возможности, которые есть непосредственно у регионов.

Центров здоровья детей открыто было в прошлом году 211 по всей стране. Здесь мы проводим обследование детей, обучение детей гигиеническим навыкам, мотивирование к отказу от вредных привычек, включающих помощь в отказе от потребления алкоголя и табака, а также работа с семьёй в части ответственного родительства. Почему мы об этом говорим?

Потому что уже в ряде регионов Российской Федерации имеется очень позитивный опыт по поводу взаимодействия этих центров здоровья с медицинскими структурами школ. Центры здоровья детей выполняют координирующую роль по отношению к той медицинской организации и к той профилактической работе, которая должна быть в школах.

Кроме того, мы начинали и продолжаем в рамках национального проекта диспансеризацию детей, которые находятся в трудной жизненной ситуации. Это осуществляется ежегодно. И эти дети каждый год проходят соответствующую диспансеризацию, при необходимости им оказывается надлежащая медицинская помощь.

Реализуя Ваше поручение относительно диспансеризации подростков, мы предусмотрели вместе с регионами в рамках программ модернизации углублённую диспансеризацию 2,5 миллионов подростков на сумму более трёх миллиардов рублей. Сейчас это выделено как отдельное, самостоятельное мероприятие».

Совещание исполнительных директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования Южного, Сибирского и Уральского федеральных округов

Состоявшееся 24 марта 2011 г. в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования совещание было посвящено актуальным вопросам обязательного медицинского страхования в условиях нового законодательства.

В работе совещания приняли участие руководители территориальных фондов обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации, входящих в состав Южного, Сибирского и Уральского федеральных округов, в том числе приглашенные руководители территориальных фондов обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации, входящих в состав Северо-Кавказского федерального округа, а также руководители Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

В докладах и последующих дискуссиях был рассмотрен широкий круг вопросов законодательного и нормативного правового обеспечения обязательного медицинского страхования, правового положения территориальных фондов ОМС, особенностей взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования в финансовой сфере деятельности, реализации региональных программ модернизации здравоохранения, взаимодействия с Пенсионным фондом Российской Федерации, организации информационного взаимодействия в системе обязательного медицинского страхования и ряд других вопросов.

Межрегиональный координационный совет по организации защиты прав граждан в системе ОМС

В ходе проведения очередного заседания 16 июня 2011 г. были рассмотрены актуальные вопросы организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, в том числе критерии оценки эффективности экспертиз с учетом степени достижения результатов при подведении итогов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, а также опыт территориальных фондов ОМС по проведению тематических и очных экспертиз качества медицинской помощи.

На заседании обсуждалась актуализация разработанной Федеральным фондом формы ведомственного статистического наблюдения № ПГ и показатели комплексной оценки деятельности страховых медицинских организаций.

Участникам заседания Межрегионального координационного совета был представлен проект Концепции информационной открытости сферы обязательного медицинского страхования, результаты научно-исследовательской работы по теме: «Разработка образовательной программы подготовки специалистов, осуществляющих контроль объема и качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования».

Результаты НИР предложено доработать исполнителю с учетом предложений членов Межрегионального координационного совета и применить в дальнейшем для практического использования программ подготовки специалистов, осуществляющих контроль объема и качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования.

Решением Межрегионального координационного совета по организации защиты прав граждан в системе ОМС одобрены в целом представленные критерии оценки эффективности экспертиз с учетом степени достижения

конкретных результатов при подведении итогов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

В целях совершенствования защиты прав застрахованных лиц при планировании экспертиз качества медицинской помощи рекомендовано территориальным фондам и страховым медицинским организациям проведение тематических экспертиз качества медицинской помощи не менее чем в 40% экспертных случаев, рассматриваемых в плановом порядке, количество очных экспертиз качества медицинской помощи, проводимых в рамках плановых и целевых экспертиз качества медицинской помощи, - не менее 1% от числа всех экспертиз качества медицинской помощи.

На заседании рассмотрены вопросы о внедрении стандартов оказания медицинской помощи, повышения доступности амбулаторной медицинской помощи в рамках реализации региональных программ модернизации здравоохранения.

Принято решение о необходимости обеспечить территориальным фондам ОМС организацию дополнительных мероприятий и оплату за счет средств обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими организациями медицинской помощи, оказанной в соответствии со стандартами медицинской помощи, внедряемыми в рамках мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, в установленные сроки с учетом рекомендаций, изложенных в письмах Федерального фонда ОМС от 18 апреля 2011 г. №2223/21-4/и, от 29 апреля 2011 г. №2686/21-и.

С 1 мая 2011 года введен в обращение полис обязательного медицинского страхования единого образца

В соответствии с новым законом №326-ФЗ от 29 ноября 2010 года «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» с 1 мая 2011 года введен в обращение полис обязательного медицинского страхования единого образца.

Сроки получения полиса ОМС единого образца

По закону полис обязательного медицинского страхования «старого» образца остается действующим до 1 января 2014 года до его замены на полис единого образца или универсальную электронную карту.

Медицинская помощь будет оказываться гражданам бесплатно во всех медицинских организациях системы обязательного медицинского страхования Российской Федерации по полисам «старого» и нового образца.

Перспективы

В ближайшие годы в Российской Федерации каждому гражданину будет выдана единая универсальная электронная карта, которая будет содержать в своем составе сведения о полисе обязательного медицинского страхования.

Когда необходимо получать полис ОМС единого образца

- при смене фамилии, имени, отчества;
- при смене места жительства (при переезде в другой субъект Российской Федерации);
- для новорожденных;
- при выборе (замене) страховой медицинской организации.

Полисы обязательного медицинского страхования, выданные до 1 января 2011 года, остаются у застрахованных лиц и изъятию не подлежат.

Порядок получения полиса ОМС

Для получения полиса ОМС гражданин лично или через своего представителя подает заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации в выбранную им страховую медицинскую организацию.

В день получения заявления о выборе страховой медицинской организации страховая медицинская организация обязана выдать застрахованному лицу временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса обязательного медицинского страхования единого образца.

Дополнительную информацию можно получить в своей страховой медицинской организации (телефон, адрес, сайт – указаны в полисе), или в территориальном фонде обязательного медицинского страхования.

Образец единого полиса обязательного медицинского страхования

Новые кадровые назначения

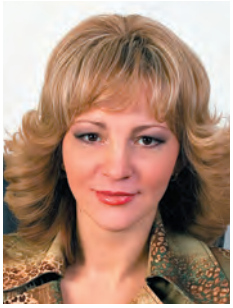
Амурский областной фонд обязательного медицинского страхования

Тезиков Николай Львович – назначен на должность исполнительного директора Амурского областного фонда обязательного медицинского страхования в соответствии с распоряжением губернатора Амурской области от 27.01.2011 г. №21-к. (*В соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и на основании Положения о Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Амурской области, утвержденного постановлением Правительства области от 31.03.2011 №198 и распоряжением губернатора Амурской области от 19.04.2011 №112-к наименование фонда - Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Амурской области, должность директора - директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Амурской области.*)

Тезиков Н.Л. родился в 1953 г. в с. Джанги-Джер Сокулукского р-на Киргизской ССР. Образование высшее. В 1977 г. окончил Томский медицинский институт по специальности «Лечебно-профилактическое дело», в 2005 г. – Институт правовой экономики по специальности «Государственное и муниципальное управление». С 1990 по 1994 гг. работал в коммерческих организациях г. Благовещенска на руководящих должностях. С 1994 по 1995 гг. – заместитель директора по ведению страховой деятельности Амурского областного фонда обязательного медицинского страхования, г. Благовещенск. С 1995 по 2006 гг. – генеральный директор государственного унитарного предприятия Амурской области «МСК «Дальмедстарх», г. Благовещенск. С 2006 по 2009 гг. – директор дополнительного офиса, Благовещенский филиал ОАО Дальневосточный коммерческий банк «Далькомбанк» ФКБ «Далькомбанк» Благовещенский, г. Благовещенск.

С 2009 по 2011 гг. – заместитель генерального директора по организации и ведению обязательного медицинского страхования, исполняющий обязанности генерального директора, генеральный директор ОАО «МСК «Дальмедстрах», г. Благовещенск. В 2011 г. – и.о. исполнительного директора Амурского областного фонда обязательного медицинского страхования.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Новосибирской области



Рубан Елена Геннадьевна – назначена на должность директора территориального фонда обязательного медицинского страхования Новосибирской области распоряжением Правительства Новосибирской области от 09.03.2011 г. №81-рп.

Рубан Е.Г. родилась 22.02.1967 г. Образование высшее. В 1989 г. окончила Ленинградский горный институт им. Г.В. Плеханова по специальности «Экономика и организация горной промышленности».

С 1992 по 2011 гг. - работа на руководящих должностях в страховых медицинских организациях г. Новокузнецка и г. Междуреченска.

Новгородский областной фонд обязательного медицинского страхования

Бухаринов Андрей Иванович – назначен на должность исполнительного директора Новгородского областного фонда обязательного медицинского страхования в соответствии с распоряжением администрации Новгородской области от 25.04.2011 №304-рл.

Бухаринов А.И. родился в 1962 г. В 1985 г. окончил Читинский государственный медицинский институт по специальности «Лечебное дело». В 2005 г. – государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Дальневосточная академия государственной гражданской службы» г. Хабаровска по специальности «Государственное и муниципальное управление».

С 1991 по 2002 гг. – врач-интерн Читинской областной больницы, доверенный врач ЗАО «Читаэнергострой», заведующий отделением, заместитель главного врача по лечебной работе ГОУ здравоохранения «Областная больница восстановительного лечения №3», г.Чита. С 2002 по 2011 гг. – главный врач Городской больницы, г. Чита.

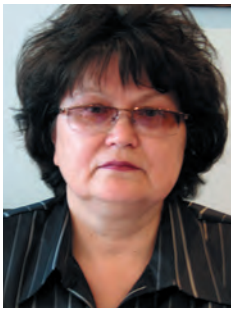
Костромской областной фонд обязательного медицинского страхования

Елагин Евгений Викторович – назначен на должность исполнительного директора Костромского областного фонда обязательного медицинского страхования в соответствии с распоряжением администрации Костромской области от 4 мая 2011 г. №102-ра.

Елагин Е.В. родился 18 июля 1958 г. в г. Москве. В 1982 г. окончил Ивановский государственный медицинский институт по специальности «Педиатрия», врач-педиатр, кандидат медицинских наук.

С 1982 по 1983 гг. – врач-интерн детской больницы скорой помощи, г. Владимир. С 1983 по 2002 гг. - врач анестезиолог-реаниматолог, заведующий отделением анестезиологии-реаниматологии. С 2002 по 2004 гг. работал в Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, занимал должности заместителя начальника отдела федеральных целевых программ, заместителя начальника отдела медико-социальной помощи детям. В 2004 г. - заместитель начальника отдела страховой компании МАКС, г. Владимир. В 2004-2008 гг. - главный специалист Московского областного фонда ОМС. С 2008 по 2011 гг. - начальник ревизионно-аналитического отдела Контрольно-ревизионного управления Федерального фонда ОМС.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Тверской области



Черноношкина Ирина Петровна назначена на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Тверской области распоряжением администрации Тверской области от 12.05.2011 г. №455-ра.

Черноношкина И.П. родилась в 1954 г. В 1971 г. окончила Горьковский политехнический институт им. А.А. Жданова по специальности «Инженер-плановик», в 2005 г. – НОУ «Российский новый университет» по специальности «Экономист».

В 1976-1993 гг. работала инженером-экономистом, инженером по организации труда в строительных организациях. С декабря 1993 г по 01.05.2011 г. – директор Ступинского филиала Московского областного фонда ОМС, исполнительный директор Тверского территориального фонда ОМС, первый заместитель исполнительного директора Тверского ТФОМС.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чувашской Республики

Рафинов Вячеслав Викторович назначен на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чувашской Республики распоряжением кабинета министров Чувашской Республики от 28.05.2011 г. №187-р.

Рафинов В.В. родился 28 апреля 1955 г. в Шумерлинском районе Чувашской АССР. В 1978 г. закончил медицинский факультет Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова по специальности «Лечебное дело», в 1998 г. – Московский государственный социальный университет по специальности «Юриспруденция». С августа 1979 года по апрель 1992 г. работал врачом анестезиологом-реаниматологом, с апреля 1992 г. по май 2011 г. – главным врачом в МУЗ «Чебоксарская центральная районная больница».

Рафинов В.В. имеет почетное звание «Заслуженный врач Чувашской Республики». С октября 2010 г. является главой Чебоксарского района – председателем районного собрания депутатов на общественных началах.

ЖУРНАЛ БЮДЖЕТ

С.Г. Кравчук, начальник Управления организации ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования в журнале «Бюджет»

Нюансы закона № 326-ФЗ об ОМС

С.Г. Кравчук

Новый закон №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании» предполагает самостоятельный выбор гражданином страховой компании, выбор лечащего врача, возможность получить полноценную медицинскую помощь вдали от региона постоянного проживания. Чтобы новый закон заработал, необходимо понимание процесса всеми участниками системы ОМС.

Выбор страховой компании

В соответствии с новым законом об ОМС гражданам предоставлена возможность выбора страховой компании. Сейчас этот выбор выглядит больше формальностью, но в дальнейшем планируется, что страховая медицинская организация будет активно влиять на работу медицинских учреждений. В Федеральном фонде ОМС разрабатываются показатели деятельности страховых медицинских организаций. С 2012 года вступают в силу несколько дополнений в Федеральный закон об ОМС, которые будут определять дополнительное финансирование для страховой медицинской организации в случае выполнения этих показателей. Таким образом, за хорошую работу страховые компании будут получать дополнительные бонусы. Оцениваться будут такие показатели, как количество жалоб граждан, повторных обращений, доступность медицинской помощи, удобство оказания услуг — например, возможность получения полиса на дому, а также круглосуточные бесплатные «горячие линии». И самые важный критерий — как страховые организации будут контролировать объем и качество работы медучреждений и оказываемой ими медпомощи.

Оценка работы той или иной страховой компании будет вывешиваться на сайтах территориальных фондов ОМС, размещены в СМИ, будет проводиться мониторинг их деятельности по этим критериям, и результаты такого мониторинга будут доступны для граждан. Граждане смогут, исходя из этих критериев, определять для себя лучшую страховую компанию.

Для обеспечения доступности граждан к бесплатной медицинской помощи, гарантии ее оплаты за счет средств ОМС с 1 января 2011 года введено обязательное требование — все страховые медицинские организации, работающие в субъекте Российской Федерации, обязаны заключить договоры со всеми медицинскими организациями, работающими в ОМС в данном регионе.

Также, в соответствии с Законом, впервые территориальные фонды ОМС получили право проводить плановые проверки оказания медицинской помощи гражданам. До сих пор только страховые компании ежемесячно осуществляли проверки по предъявленным к оплате счетам на оказание медицинской помощи или по жалобам граждан на некачественную работу медучреждений. Согласно новому порядку, территориальный фонд вправе в плановом порядке проверить деятельность как страховой компании в отношении защиты прав пациента, так же и работу медучреждения — с точки зрения качества оказания медицинской помощи.

Оплата лечения

По-новому организован процесс оказания гражданину медицинской помощи за пределами места его страхования. В этом случае расчеты за лечение будут осуществлять территориальные фонды ОМС по тарифам оплаты, принятым для медицинского учреждения, оказывающего помощь. Такой механизм расчетов специально включен в Закон, чтобы избежать отказов со стороны медорганизаций. Так как человек оказывается в другом регионе с полисом, выданным страховой компанией в его регионе, и у его страховой компании нет договора с медучреждениями других регионов, у медицинского учреждения возникают опасения, получит ли оно оплату за оказанную помощь. На этот случай предусмотрено, что медицинское учреждение предъявляет счет за лечение таких пациентов своему территориальному фонду ОМС, а он, в свою очередь — фонду региона, где зарегистрирован пациент. Установлены и четкие сроки взаиморасчетов — 25 дней.

Тариф по базовой программе обязательного медицинского страхования по-прежнему включает в себя пять статей: зарплата работников медицинских организаций, начисления на нее, медикаменты, расходные материалы, питание для пациентов и приобретение мягкого инвентаря. При этом, регионы с 2011 года могут по своему усмотрению расширить этот список, включив в него расходы на коммунальные платежи, капремонт, оборудование с ограничением — не свыше ста тысяч рублей за единицу. Таким образом, тариф становится «полным», и тогда в систему ОМС более выгодно включаться «частным» медорганизациям. В Тюмени, Калининграде и Томске и ряде других субъектов Российской Федерации уже работают по полному тарифу.

Всего в России застрахованы 141,4 миллиона человек, но не все обращаются за медицинской помощью, хотя средства поступают в «общую копилку» на всех — на одного могут потратить одну тысячу рублей, на другого более 50 тысяч в зависимости от заболевания. Средний тариф на оказание медицинских услуг за счет средств ОМС в целом по стране — 4102 рубля в год на человека, но по регионам цифры варьируются от двух тысяч рублей в Южном федеральном округе до двадцати шести тысяч за одного жителя на Чукотке, с учетом районных коэффициентов и северных надбавок.

Вне зависимости от того приехал ли человек из «бедного» региона в «дорогой» и наоборот, территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи оплатит медицинской организации оказанную медицинскую помощь или территориальный фонд ОМС субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис, должен будет возместить средства территориальному фонду ОМС по месту оказания медицинской помощи в соответствии с установленными тарифами. Таким образом, у медицинской организации не возникнет потерь при лечении гражданина, застрахованного в другом регионе.

О правах граждан без регистрации

Граждане без регистрации, но имеющие паспорт, в соответствии с правилами ОМС, как и все, выбирают страховую компанию и получают полис. То же самое касается безработных, в том числе официально не зарегистрированных. Если у людей нет вообще никаких документов, но они обратились за экстренной медицинской помощью, она должна быть им оказана, а оплатит ее региональный бюджет.

Взгляд на выбор с позиции врачей

Довольно часты жалобы на ситуацию, когда укомплектованность поликлиник врачами недостаточна, их загрузка очень велика, и возникает вопрос, как в таких условиях осуществлять выбор врача. Вообще, право выбора врача и медицинской организации в России формально существует уже не один год. Сейчас же закон №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании» определил, что прикрепление к участковому врачу и специалистам происходит по заявлению человека на имя руководителя учреждения. Тем не менее, фактор согласия врача при этом учитывается, как и фактор имеющейся нагрузки.

В разных регионах существуют разные нормативы — от 800 до 1700 человек на одного участкового терапевта, участкового педиатра. Исходя из этих нормативов, руководитель учреждения определяет, может ли конкретный доктор взять дополнительных пациентов. Что касается выездов на дом, если человек проживает отдаленно, и обслуживание на дому трудно реализовать, ему это должно быть объяснено. Соответственно, человек должен определиться — либо выбрать одного врача на условиях самостоятельного посещения поликлиники, либо другого, который работает на его участке.

Публикация в журнале «Бюджет» № 5, 2011 г.

connect!

Интервью с начальником Управления информационно-аналитических технологий Федерального фонда обязательного медицинского страхования Ю.А. Нечепоренко

Как система электронного документооборота, так и персонал федерального и территориальных фондов готовы к выполнению новых правил обязательного медицинского страхования

Ю.А. Нечепоренко

— Как развивались информационные системы Фонда? Какие документы будут определять ход информатизации ФОМС в 2011 году и последующие годы? Что нового привносит в эту область ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», принятый Государственной Думой и одобренный Советом Федерации в конце прошлого года?

— В истории становления информационных систем в сфере обязательного медицинского страхования можно выделить два этапа. На первом (начиная с 1993 г. и до вступления в силу закона № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»), информационные системы в каждом субъекте Российской Федерации развивались разрозненно, без единых правил и требований к их созданию

и функционированию. Но за семнадцатилетний период во многих субъектах РФ был наработан богатый опыт по построению информационных систем и организации информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования. Этот опыт лег в основу закона № 326-ФЗ и нормативных правовых документов, принятых в целях его реализации. В результате был сформирован правовой фундамент для построения системы персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования по единым правилам для всех участников системы обязательного медицинского страхования. Это можно считать началом второго этапа – построения единого информационного пространства в системе обязательного медицинского страхования.

В ближайшие годы информатизация системы обязательного медицинского страхования будет проводиться в соответствии с федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и подзаконными актами, а также концепцией информатизации системы обязательного медицинского страхования на 2011-2015 годы.

Указанная концепция учитывает текущий уровень развития информационных ресурсов в системе обязательного медицинского страхования и перспективные потребности; она определяет основные цели и задачи, общие принципы и основные направления информатизации системы обязательного медицинского страхования, а также ожидаемый социально-экономический эффект. Информатизация системы обязательного медицинского страхования расценивается как составная часть создания единой информационной системы в здравоохранении.

— Каковы основные типы данных и информационные потоки, с которыми приходится работать ФОМС? В чем вы видите особенности системы документооборота в области медицинского страхования?

— Основные информационные потоки в сфере обязательного медицинского страхования связаны с регистрацией застрахованных лиц в системе обязательного медицинского страхования и учетом медицинской помощи, оказанной им. Основой информационного взаимодействия является персонифицированный учет в сфере обязательного медицинского страхования. Поэтому особенности системы документооборота в сфере обязательного медицинского страхования совпадают с целями персонифицированного учета. Это:

1) создание условий для обеспечения гарантий прав застрахованных лиц на бесплатное предоставление медицинской помощи надлежащего качества и в соответствующем объеме в рамках программ обязательного медицинского страхования;

2) создание условий для осуществления контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования;

3) определение потребности в объемах медицинской помощи в целях разработки программ обязательного медицинского страхования.

— Каким образом будет осуществляться взаимодействие и документооборот между ФОМС и ПФР? Как происходит заполнение единого регистра застрахованных лиц в системе ОМС?

— С 2010 г. функция по администрированию страховых взносов на обязательное медицинское страхование и обязательное пенсионное страхование, включая регистрацию страхователей и информационное взаимодействие с ними, возложена на Пенсионный фонд Российской Федерации. Между Пенсионным фондом России и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования организовано информационное взаимодействие, в рамках которого фонды обязательного медицинского страхования (федеральный и территориальные) получают от Пенсионного фонда Российской Федерации и его отделений всю информацию, касающуюся поступления страховых взносов в систему обязательного медицинского страхования, которая необходима для деятельности фондов обязательного медицинского страхования.

Информационное взаимодействие между Пенсионным фондом Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования регулируется совместным соглашением об информационном взаимодействии и протоколом информационного обмена, в котором прописан детальный регламент и форматы информационного обмена. Информационный обмен уже осуществляется.

Единый регистр застрахованных лиц в системе обязательного медицинского страхования наполняется из региональных регистров застрахованных лиц территориальных фондов обязательного медицинского страхования, которые являются региональными сегментами единого регистра застрахованных лиц. Для целей ведения единого регистра застрахованных лиц осуществляется информационное взаимодействие с Пенсионным фондом Российской Федерации, в рамках которого фонды обязательного медицинского страхования получают информацию о статусе застрахованного лица (работающий/не работающий). Вся остальная информация, содержащаяся в едином регистре застрахованных лиц, поступает от страховых медицинских организаций, которые осуществляют функции регистрации граждан в системе обязательного медицинского страхования.

— Насколько самостоятельны в вопросах организации электронного документооборота территориальные фонды обязательного медицинского страхования? Существует ли проблема интеграции систем ЭДО ТФОМС в единое информационное пространство ФОМС?

— При организации информационного взаимодействия в системе обязательного медицинского страхования в рамках субъекта Российской Федерации территориальные фонды обязаны соблюдать единые требования к информационным ресурсам в сфере обязательного медицинского страхования и порядку информационного взаимодействия.

Проблема интеграции территориальных фондов в единое информационное пространство в сфере обязательного медицинского страхования, конечно, существует, поскольку на протяжении семнадцати лет они развивали свои системы самостоятельно. Создание единого информационного пространства в системе обязательного медицинского страхования будет происходить поэтапно. На каждом этапе будут расширяться и ужесточаться требования к информационным системам и порядку информационного взаимодействия в системе обязательного медицинского страхования.

— Системы ЭДО уже внедрены и используются ФНС, ПФР и другими структурами. Насколько типовой можно считать удостоверяющий центр ФОМС, его архитектуру? В чем его уникальность?

— Удостоверяющий центр ФОМС создан для целей организации юридически значимого электронного взаимодействия в системе обязательного медицинского страхования. Удостоверяющие центры других ведомств созданы для аналогичных целей, но в рамках собственных ведомственных задач. В этом их схожесть и их различие.

В то же время, в рамках создаваемого в Российской Федерации единого пространства доверия, в настоящее время ФОМС проводит работу по включению в это пространство своего удостоверяющего центра.

— В конце февраля Минздавсоцразвития утвердило правила обязательного медицинского страхования, которые регулируют правоотношения субъектов и участников системы обязательного медицинского страхования, опираясь на использование полиса обязательного медицинского страхования единого образца и электронного документооборота. Насколько готова существующая СЭД, а также персонал федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования к исполнению новых правил обязательного медицинского страхования? Какие главные факторы, на Ваш взгляд, влияют на успех внедрения и эффективность использования СЭД в медицинских учреждениях?

— Правилами обязательного медицинского страхования определены процедуры информационного взаимодействия, необходимые для выдачи застрахованному лицу полиса обязательного медицинского страхования единого образца и реализации права застрахованного лица на выбор страховой медицинской организации. В соответствии с указанными правилами, до введения в субъекте Российской Федерации универсальных электронных карт, полис обязательного медицинского страхования может быть представлен либо в форме бумажного бланка, либо в форме пластиковой карты с электронным носителем.

Система электронного документооборота и персонал федерального и территориальных фондов готовы к выполнению новых правил обязательного медицинского страхования и к необходимому для этого бесперебойному и эффективному информационному взаимодействию. Все работы по совершенствованию системы электронного документооборота, обеспечению ее стабильного функционирования проведены.

Если говорить о факторах, влияющих на эффективность внедрения и использования СЭД в медицинских учреждениях, то основным является четкая регламентация и утверждение единых требований к СЭД, порядков и форматов информационного взаимодействия в системе здравоохранения и системе обязательного медицинского страхования как ее составной части. Основные работы по вовлечению медицинских учреждений в единую систему электронного документооборота должны быть проведены в рамках реализации региональных программ модернизации здравоохранения в части внедрения современных информационных систем.

Публикация в журнале «Connect!» № 5, 2011 г.

О лекарственном обеспечении стационарной медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования в 2010 году

О.А. Константинова Н.И. Омуров

О.А. Константинова[1], Н.И. Омуров[2], И.Г. Камалова[2]
[1]Департамент развития фармацевтического рынка и рынка медицинской техники Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации
[2]Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

Резюме

Данные мониторинга лекарственного обеспечения стационарной медицинской помощи в 2010 году выявили: преобладание доли лекарственных препаратов Федерального перечня ЖНВЛП в натуральном и стоимостном выражениях; преобладание доли лекарственных препаратов, включенных в Территориальные перечни ЖНВЛП, в стоимостном выражении; снижение средневзвешенной стоимости упаковки лекарственных препаратов Федерального перечня ЖНВЛП. Отмечается увеличение доли расходов на лекарственные препараты, не включенные в Федеральный перечень ЖНВЛП, в стоимостном выражении при одновременном уменьшении их в натуральном выражении.

Ключевые слова: перечень жизненно-необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), средневзвешенная стоимость упаковки лекарственных препаратов, анатомо-терапевтическая и химическая классификация (АТХ-классификация), объём закупок лекарственных препаратов.

Abstract

About medicinal provision of stationary medical care in the system of obligatory medical insurance in 2010

O.A. Konstantinova – Deputy Director of the Department for Development of Pharmaceutical Market and Market of Medical Equipment of the Ministry of Public Health and Social Development of the Russian Federation
N.I. Omurov – Deputy Head of the Department for Organization and Monitoring of Medicinal Provision in the FOMI System - Head of the Department of Strategic Development for Medicinal Provision in the OMI System
I.G. Kamalova – Head of the Department for Coordination of Activity of Subjects for Medicinal Provision in the OMI System of the Department for Organization and Monitoring of Medicinal Provision in the FOMI System

Monitoring data of medicinal provision for stationary medical care in 2010 has revealed: predominance of remedy part of the Federal List of Vitally Necessary and Important Remedies (VNIR) in physical and monetary terms, predominance of part for remedies included in the Territorial VNIR List in monetary terms, decrease of average price of remedy package of the Federal VNIR List. It is noted an increase of the part for remedy expenses which are not included in the Federal VNIR List in monetary terms in case of their simultaneous reduction in physical terms.

Key words: list of vitally necessary and important remedies (VNIR), average price of remedy package, anatomic therapeutic and chemical classification (ATC-classification), Volume of remedy purchases

Федеральным фондом ОМС проанализированы данные мониторинга лекарственного обеспечения стационарной медицинской помощи в системе ОМС в 2010 году.

В мониторинге участвовали 83 территориальных фонда обязательного медицинского страхования (далее – Территориальные фонды ОМС), представивших информацию о закупках лекарственных препаратов 2 547 медицинских организаций (в том числе 162 детские больницы, 73 родильных дома и 21 перинатальный центр), оказывающих медицинскую помощь в условиях стационара, что составило 53% от общего числа медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в

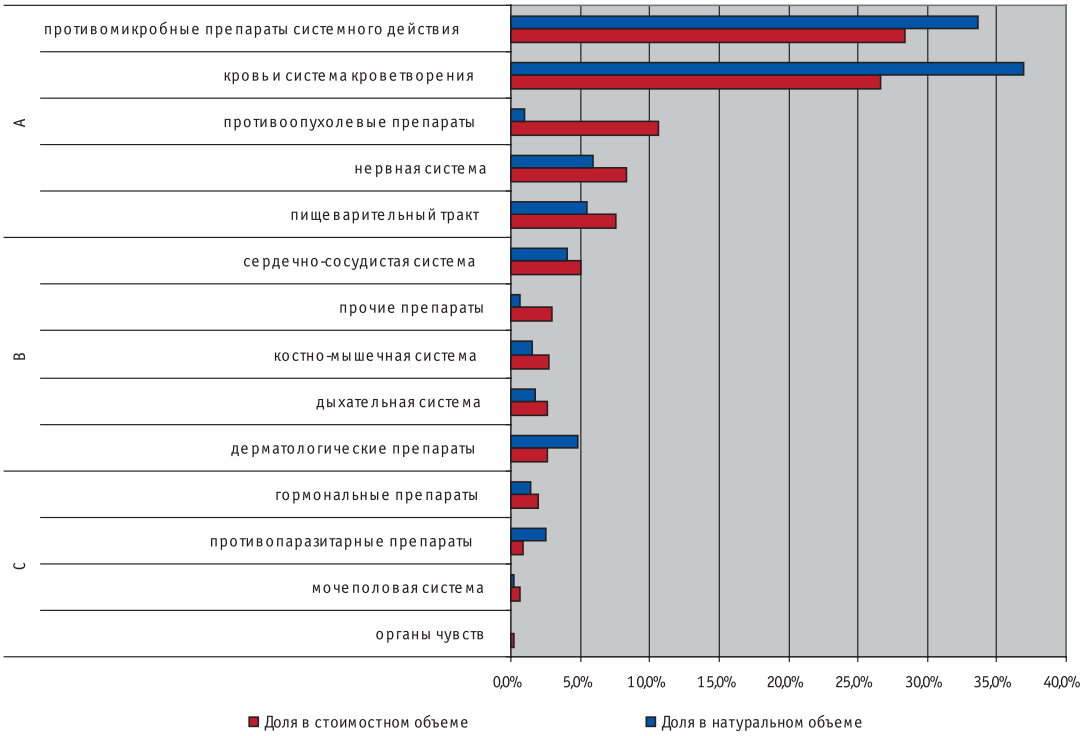


Диаграмма 1. Распределение лекарственных препаратов в соответствии с анатомо-терапевтической и химической классификацией Федерального перечня ЖНВЛП в 2010 году (%).

условиях стационара в системе обязательного медицинского страхования.

В качестве основных направлений анализа информации, полученной в ходе мониторинга, явились изучение:

- ассортимента лекарственных препаратов, выделение наиболее востребованных, затратных, группировка их по фармако-терапевтическим группам;
- наличия лекарственных препаратов Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, утверждаемого Правительством Российской Федерации (далее – Федеральный перечень ЖНВЛП);
- распределения лекарственных препаратов в зависимости от принадлежности к Перечням жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, необходимых для оказания скорой, неотложной и стационарной медицинской помощи территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (далее – Территориальные перечни ЖНВЛП);
- распределения закупок лекарственных препаратов по способам размещения заказа;
- динамики средневзвешенной стоимости упаковки лекарственного препарата и др.

По итогам 2010 года территориальными фондами ОМС представлены данные о закупках лекарственных препаратов на общую сумму 25 101,6 млн. руб.

Из них объем средств, направленных на приобретение лекарственных препаратов Федерального перечня ЖНВЛП, составил 18 503,7 млн. руб. (более 70%).

Лекарственные препараты Федерального перечня ЖНВЛП были сгруппированы в соответствии с анатомо-терапевтической и химической классификацией (АТХ-классификация) и ранжированы в зависимости от объемов закупок (АВС-анализ) (диаграмма 1).

Группу «А» (81,5%) или самую затратную группу в стоимостном выражении составили препараты следующих групп: «Противомикробные препараты системного действия» (28,4%), «Кровь и система кроветворения» (26,6%), «Противоопухолевые препараты» (10,6%), «Нервная система» (8,3%), «Пищеварительный тракт» (7,6%).

Группу «В» (15,9%) или среднезатратную группу составили: «Сердечно-сосудистая система» (5,0%), «Прочие препараты» (3,0%), «Костно-мышечная система» (2,7%), «Дыхательная система» (2,6%), «Дерматологические препараты» (2,6%).

Группу «С» (2,6%) или менее затратную составили: «Гормональные препараты системного действия кроме половых гормонов и инсулинов» (2,0%), «Противопаразитарные препараты, инсектициды и репелленты» (0,9%), «Мочеполовая система и половые гормоны» (0,7%), «Органы чувств» (0,2%).

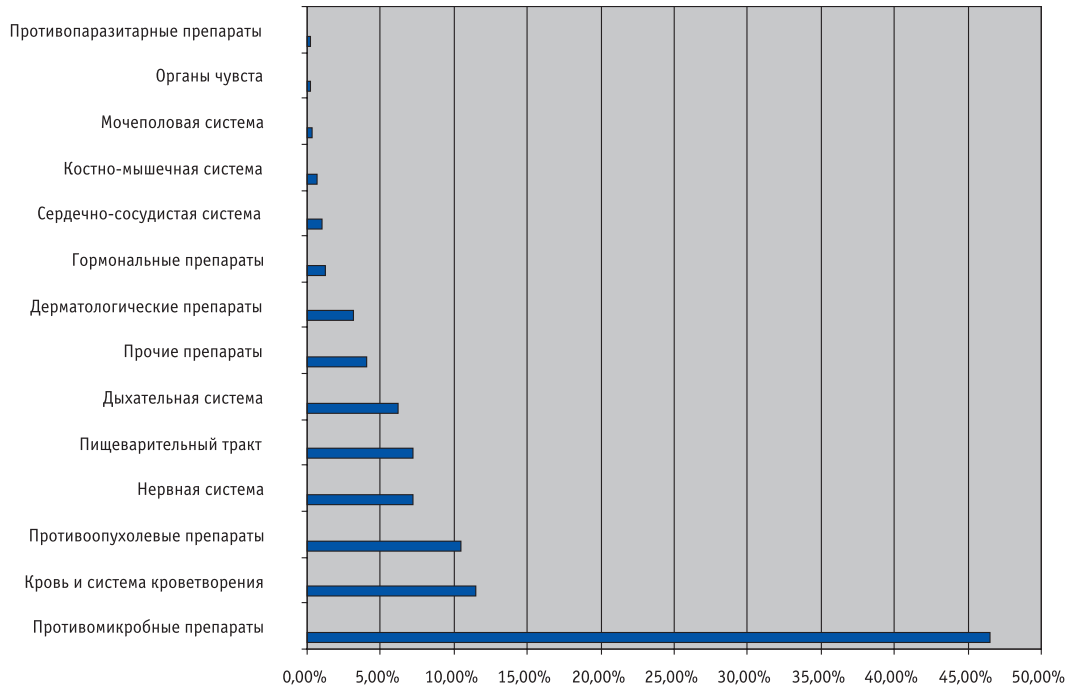


Диаграмма 2. Распределение лекарственных препаратов в соответствии с анатомо-терапевтической и химической классификацией Федерального перечня ЖНВЛП, закупленных детскими стационарами, в стоимостном объеме в 2010 году (%).

На диаграмме 2 приведена структура затрат в стоимостном объеме на закупку лекарственных препаратов Федерального перечня ЖНВЛП детскими стационарами.

Структура распределения лекарственных препаратов Федерального перечня ЖНВЛП, закупленных детскими стационарами, аналогична взрослым по наиболее затратным лекарственным препаратам, составляющим группу «А», и отличается по группе «В» и группе «С».

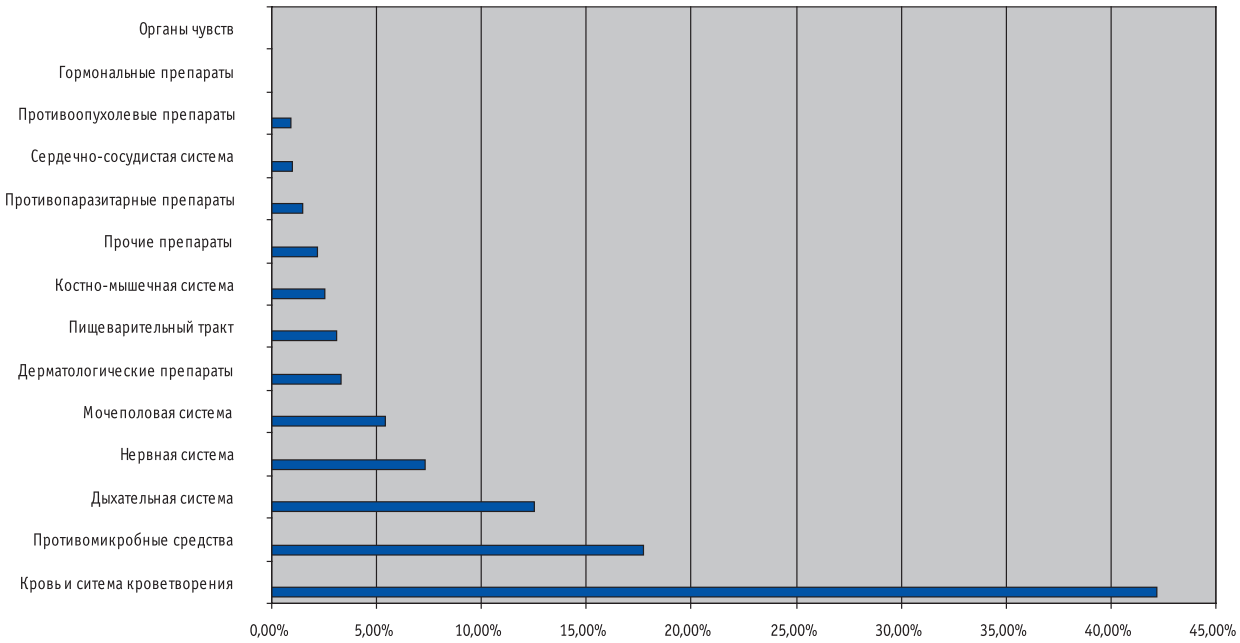


Диаграмма 3. Распределение лекарственных препаратов в соответствии с анатомо-терапевтической и химической классификацией Федерального перечня ЖНВЛП, закупленных родильными домами и перинатальными центрами, в стоимостном объеме в 2010 году (%).

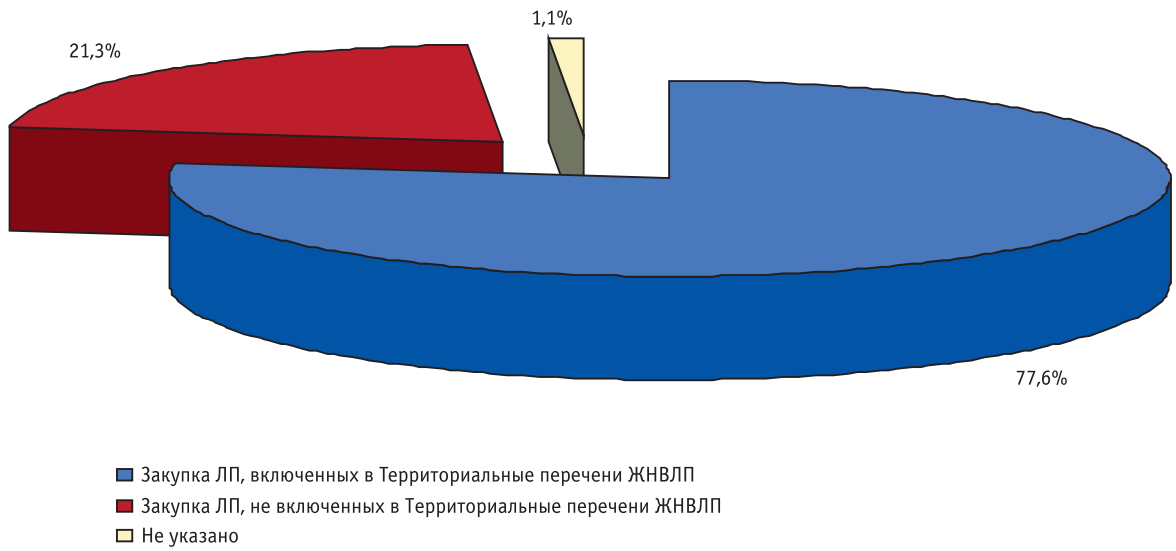


Диаграмма 4. Распределение объемов закупок лекарственных препаратов в стоимостном выражении по признаку наличия в Территориальных перечнях ЖНВЛП в 2010 году (%).

На диаграмме 3 представлена структура затрат в стоимостном объеме на закупку лекарственных препаратов Федерального перечня ЖНВЛП родильными домами и перинатальными центрами.

Для родильных домов и перинатальных центров наиболее затратными в стоимостном объеме (86%) являются препараты групп: «Кровь и система кроветворения», «Противомикробные препараты системного действия», «Дыхательная система», «Нервная система» и «Мочеполовая система».

Для всех видов стационаров основные объемы закупок лекарственных препаратов приходятся на «Противомикробные препараты системного действия» (от 15 до 50%).

Объемы приобретенных лекарственных препаратов 2010 года в стоимостном выражении проанализированы по признаку наличия в Территориальных перечнях ЖНВЛП (диаграмма 4).

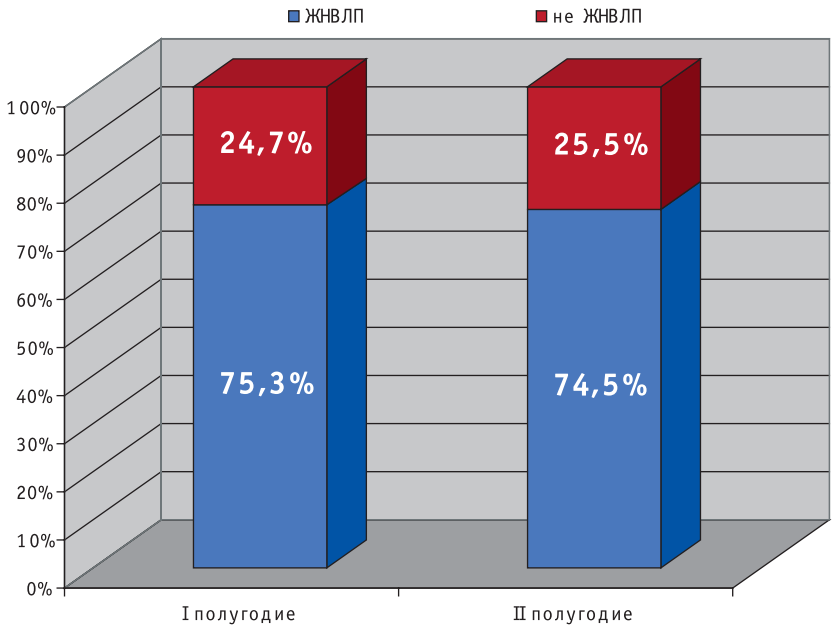


Диаграмма 5. Динамика объема закупок лекарственных препаратов в стоимостном выражении в 2010 году (%).

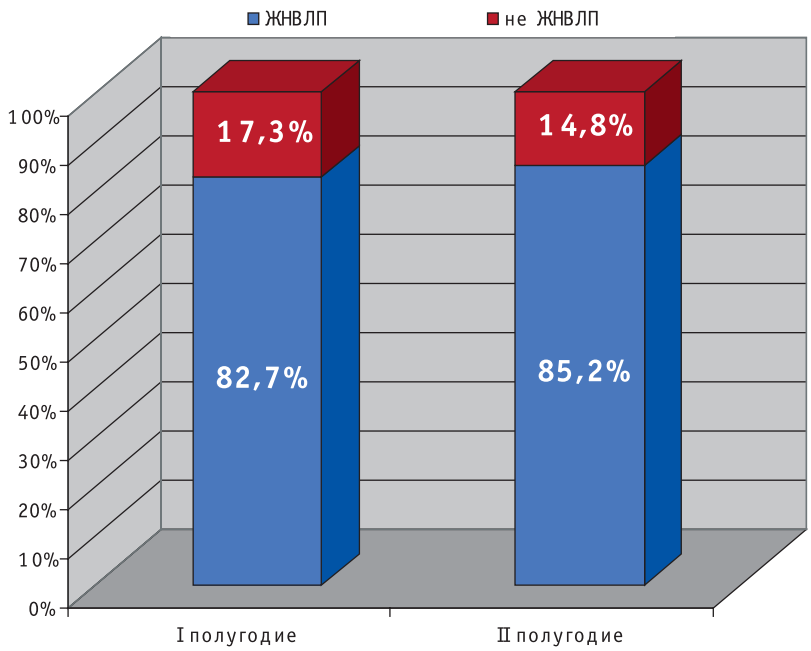


Диаграмма 6. Динамика объема закупок лекарственных препаратов в натуральном выражении в 2010 году (%).

Из представленного распределения объемов закупок лекарственных препаратов в стоимостном выражении по признаку наличия в Территориальных перечнях ЖНВЛП видно, что более 20% средств ОМС, выделяемых на закупку лекарственных препаратов, было направлено на приобретение лекарственных препаратов, не включенных в Территориальные перечни ЖНВЛП.

При сопоставлении структуры затрат на приобретение лекарственных препаратов в I полугодии 2010 года в сравнении со II полугодием 2010 года отмечается рост

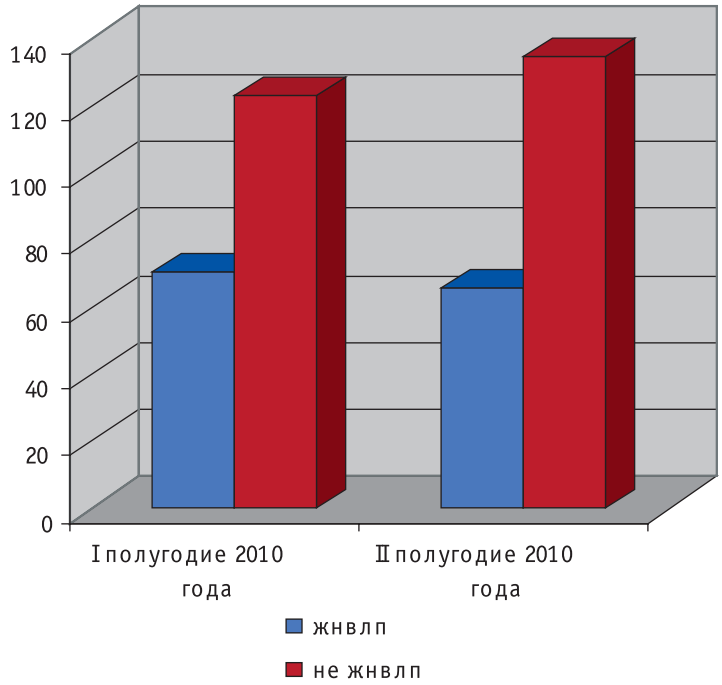


Диаграмма 7. Динамика средневзвешенной стоимости упаковки лекарственных препаратов в I и II полугодиях 2010 года (в руб.)

расходов средств ОМС во II полугодии 2010 года на приобретение лекарственных препаратов, не включенных в Федеральный перечень ЖНВЛП, на 0,8% в стоимостном выражении, при уменьшении доли в натуральном на 2,5% (диаграммы 5, 6).

В течение 2010 года средневзвешенная стоимость упаковки лекарственных препаратов, включенных в Федеральный перечень ЖНВЛП, по всем группам АТХ-классификации уменьшалась. Так, например, средневзвешенная стоимость упаковок в I полугодии 2010 года и во II полугодии 2010 года составила: на препараты группы «Сердечно-сосудистая система» 88,73 руб. и 83,28 руб. соответственно, группы «Пищеварительный тракт и обмен веществ» 95,65 руб. и 93,31 руб., группы «Противомикробные препараты системного действия» 61,25 руб. и 54,09 руб.

Исключение составляют лекарственные препараты группы «Противоопухолевые препараты и иммуномодуляторы», средневзвешенная стоимость упаковки которых в I полугодии 2010 года составила 628,09 руб., а во II полугодии 2010 года – 734,62 руб.

Кроме того, проведен сравнительный анализ средневзвешенной стоимости упаковки лекарственных препаратов, включенных в Федеральный перечень ЖНВЛП, и не включенных в Федеральный перечень ЖНВЛП, в 2010 году (диаграмма 7).

В течение 2010 года наблюдалось снижение средневзвешенной стоимости упаковки лекарственных препаратов, включенных в Федеральный перечень ЖНВЛП, при увеличении средневзвешенной стоимости упаковки лекарственных препаратов, не включенных в Федеральный перечень ЖНВЛП, что отражалось на росте расходов средств ОМС на приобретение данной группы препаратов в 2010 году (диаграмма 5).

Таким образом, данные мониторинга лекарственного обеспечения стационарной медицинской помощи в 2010 году выявили следующие, с точки зрения рационального использования средств ОМС положительные тенденции:

- преобладание доли лекарственных препаратов Федерального перечня ЖНВЛП в натуральном и стоимостном выражениях;
- преобладание доли лекарственных препаратов, включенных в Территориальные перечни ЖНВЛП, в стоимостном выражении;
- снижение средневзвешенной стоимости упаковки лекарственных препаратов Федерального перечня ЖНВЛП.

Вместе с тем, отмечается увеличение доли расходов на лекарственные препараты, не включенные в Федеральный перечень ЖНВЛП, в стоимостном выражении при одновременном уменьшении их в натуральном выражении.

Для корреспонденции:

О.А. Константинова – заместитель директора Департамента развития фармацевтического рынка и рынка медицинской техники Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
Адрес: 127994, Москва, Рахмановский пер., д.3
Телефон: (495) 645-25-03. E-mail: KonstantinovaOA@rosminzdrav.ru

Н.И. Омуров – заместитель начальника Управления организации и мониторинга лекарственного обеспечения в системе ОМС ФОМС – начальник отдела стратегического развития лекарственного обеспечения в системе ОМС
E- mail: nomurov@ffoms.ru

И.Г. Камалова – начальник отдела координации деятельности субъектов лекарственного обеспечения в системе ОМС Управления организации и мониторинга лекарственного обеспечения в системе ОМС ФОМС
E-mail: ikamalova@ffoms.ru

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
Адрес: 127994, Москва, ГСП-4, ул. Новослободская, д. 37
Телефон: (495) 987-03-82

Вопросы совершенствования оценки качества медицинской помощи в условиях ОМС

А.Л. Линденбратен, В.В. Ковалева
Национальный НИИ общественного здоровья РАМН

А.Л. Линденбратен

Резюме

Рассмотрены и обобщены проблемы управления и контроля качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования на современном этапе. Освещены вопросы дальнейшего совершенствования системы контроля качества медицинской помощи, включающие оценку медицинской результативности. Представлены предложения дальнейшего совершенствования деятельности системы ОМС в целях повышения качества и эффективности медицинской помощи.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, качество медицинской помощи, контроль, экспертиза, обеспечение качества медицинской помощи, управление, мониторинг, эффективность, удовлетворенность качеством медицинской помощи.

Abstract

Aspects of perfection of evaluation for medical care quality in omi conditions

A.L. Lindenbraten, M.D., Ph. D. Professor – The National Research Institute of Public Health of the Russian Academy of Medical Sciences, Deputy Director for Scientific Activity
V.V. Kovalyova, M.D., Ph. D. - The National Research Institute of Public Health of the Russian Academy of Medical Sciences, Leading Researcher of the Department for Economic investigations in Public Health

Problems of medical care quality control are considered and generalized in realization of obligatory medical insurance at the current stage. Aspects of further perfection of system for control of medical care quality are highlighted and include evaluation of medical effectiveness. Proposals for further perfection of OMI system activity are presented with purpose to increase quality and efficacy of medical care.

Key words: obligatory medical insurance, quality of medical care, control, expert examination, medical care quality ensuring, monitoring, efficacy, satisfaction of medical care quality.

Для корреспонденции:

А.Л. Линденбратен – Национальный НИИ общественного здоровья РАМН
заместитель директора Института по научной работе, д.м.н., профессор
105064, Москва, ул. Воронцово Поле, 12/1
Lindenbraten13@rambler.ru
8 (495) 917-19-91

В.В. Ковалева – Национальный НИИ общественного здоровья РАМН
ведущий научный сотрудник отдела экономических исследований в здравоохранении, к.м.н.
105064, Москва, ул. Воронцово Поле, 12/1
otdel-77@mail.ru
8 (495) 917-12-30

Решение проблемы повышения качества и доступности медицинской помощи - одно из приоритетных направлений дальнейшего развития и модернизации системы отечественного здравоохранения - становится важнейшей составляющей всей политики государства. Выполнение поставленных задач в рамках данного направления требует разработки эффективных и осуществляемых в настоящих условиях механизмов их обеспечения.

Качество работы системы здравоохранения во многом определяет уровень здоровья и качества жизни населения. Поэтому во всех развитых странах большое значение придается созданию действенных механизмов обеспечения качества медицинской помощи, включающих систему контроля со стороны органов управления и других субъектов системы здравоохранения, а также фондов обязательного медицинского страхования (ФОМС), страховых медицинских организаций, профессиональных медицинских ассоциаций и др.

В российском здравоохранении достигнуты определенные результаты в направлениях, связанных с контролем качества медицинской помощи, развитием системы стандартизации, системы гарантий качественной медицинской помощи, все больше внимания уделяется усилению творческого и научного компонентов совершенствования качества, внедряются протоколы ведения больных, принципы доказательной медицины. Однако, несмотря на многочисленные разработки в области обеспечения качества медицинской помощи, управления качеством в здравоохранении, компонентом которых является контроль качества медицинской помощи, эта проблема остается актуальной для практического здравоохранения.

Вопросам качества медицинской помощи посвящено множество публикаций, методических материалов, нормативных правовых документов.

В настоящее время специалистами в области управления качеством медицинской помощи отмечаются: недостаточное нормативное правовое обеспечение и эффективность действующего контроля КМП; дублирование мероприятий по внутренней и внешней экспертизе КМП, негативное отношение медицинских работников к деятельности экспертов КМП; другие проблемы организации и проведения контроля КМП.

Существующая в российском здравоохранении система обеспечения КМП сегодня не отвечает современным требованиям. Ведущее место в ней занимает контроль КМП, направленный на выявление нарушений и дефектов в лечебно-диагностическом процессе, и применение административных мер.

Вся современная система оценки качества построена на применении метода экспертных оценок, проводимых на основании данных, содержащихся в первичной медицинской документации. В литературе описаны и используются на практике различные подходы к экспертизе качества медицинской помощи (ЭКМП), единообразия до сих пор не наблюдается. Разнообразна терминология, отражающая выявленные при экспертизе недостатки («дефекты», «отклонения», «нарушения» и пр.).

В целом оценка качества медицинской помощи основана на сопоставлении фактически осуществленных мероприятий и достигнутых результатов с установленными «стандартами». Однако до сих пор не определено, каким образом для ЭКМП могут быть использованы существующие стандарты медицинской помощи, которые существенно различаются в разных субъектах РФ и зачастую не согласованы с федеральными стандартами, в результате чего единых подходов к применению стандартов для ЭКМП и медико-экономической экспертизы (МЭЭ) до сих пор не сформировалось. Говоря о стандартизации, следует, прежде всего, иметь в виду правильное осуществление конкретно выбранной технологии, предусматривая при этом возможность использования в том или ином случае альтернативных технологий, нередко приводящих к одинаковому результату.

Экспертная оценка имеет ряд преимуществ перед установочными критериями в смысле определения состояния пациента, учета всех факторов болезни, влияющих на процесс принятия решений и на результаты оказания медицинской помощи. В конечном счете, экспертные оценки деятельности врача относятся к наиболее простым, доступным и наиболее приемлемым методам выявления недостатков оказания медицинской помощи населению, хотя и не могут быть использованы для определения точных параметров эффективности.

Позитивные отличия экспертных методов оценки КМП от других методических приемов связывают с возможностью выявления дефектов в работе отдельных врачей, медицинских подразделений, в том числе типичных ошибок врачебного процесса. При этом важное значение придается возможности применения результатов экспертизы КМП для определенного, целенаправленного и обоснованного планирования и осуществления медико-организационных мероприятий по улучшению КМП и работы медицинских учреждений.

Однако на сегодняшний день не определены единые требования к подготовке экспертов, осуществляющих ЭКМП и МЭЭ, не заработала аккредитация экспертов. Формирование института штатных экспертов без ясно установленных требований к их подготовке приводит к тому, что экспертиза проводится субъективно, а ее результаты нередко зависят от личности эксперта и качества экспертизы не гарантируют.

Функционирование системы здравоохранения, развитие системы стандартизации, формулярной системы, внедрение целевых программ в сфере здравоохранения невозможно эффективно реализовать без теоретической и практической взаимосвязи с системой управления качеством медицинской помощи. Продекларированная система управления качеством, т.е. система, направленная не только на выявление, но и на предотвращение недостатков в оказании медицинской помощи, так и не сформировалась.

Отсутствует и практичная по методам информационного обеспечения и эффективная организационно-аналитическая технология контроля и управления качеством. Следовательно, контроль и гарантии КМП, их правовое обеспечение остаются приоритетными направлениями в современных научных исследованиях.

Одной из важнейших задач системы обязательного медицинского страхования является обеспечение конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи (медицинских услуг) надлежащего качества, в объеме и на условиях, соответствующих программам ОМС и Договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Контроль объемов и качества медицинской помощи при осуществлении ОМС становится важной научной и организационно-методической задачей системы здравоохранения и медицинского страхования в обеспечении этих прав, а также неотъемлемой частью системы управления качеством в здравоохранении в целом.

Несмотря на то, что в Основах законодательства РФ, а также в Проекте федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» не выделена экспертиза качества медицинской помощи как отдельный вид медицинской экспертизы, данный вид деятельности предусмотрен в рамках осуществления контроля объема, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам в медицинских организациях, участвующих в системе обязательного медицинского страхования (Приказ ФОМС от 01.12.2010 г. № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»).

Определившиеся тенденции к созданию систем управления КМП в субъектах РФ, формированию единой системы управления КМП позволяют выработать единые подходы и методы оценки КМП в системе здравоохранения и ОМС. Формирование служб КМП в медицинских организациях позволит усовершенствовать формы взаимодействия СМО и МО по экспертизе и управлению КМП. Обучение экспертов и организаторов ЭКМП учреждений и организаций систем здравоохранения и ОМС по единым программам будет способствовать устранению многих противоречий в осуществлении контроля КМП и повысит эффективность использования результатов экспертизы в целях улучшения состояния КМП.

В настоящее время в рамках контроля КМП в ряде субъектов Российской Федерации проводятся социологические исследования, направленные на изучение удовлетворенности пациентов от их взаимодействия с системой здравоохранения.

Результаты проведения социологических опросов на изучаемых территориях свидетельствуют, что число удовлетворенных качеством медицинской помощи колеблется в диапазоне от 68% до 88% среди опрошенных граждан. При этом на территориях с лучшими показателями качества оказываемой медицинской помощи по результатам ЭКМП регистрируется более низкий уровень удовлетворенности, что определяет необходимость более углубленного анализа ситуации. Целесообразно в рамках развития системы управления КМП проводить социологические опросы и среди врачебного персонала.

Результаты ЭКМП являются информационной основой для формирования в медицинской организации программы обеспечения КМП, являющейся, по сути, программой внутреннего контроля и предполагающей участие в ее реализации всех подразделений и работников каждой медицинской организации. Принятие адекватных управленческих решений, направленных на повышение эффективности деятельности учреждений и удовлетворение потребностей населения, возможно только на основе получения соответствующей информации о качестве оказываемой медицинской помощи и выявления факторов, влияющих на его уровень.

Проведение мониторинга статистических показателей формы ПГ и удовлетворенности населения качеством оказания медицинской помощи, углубленный анализ причинно-следственных отношений и накопление экспертного материала позволит определить наиболее оптимальную технологию проведения экспертизы и оценки ее результата. По-видимому, существенную роль в этом плане должна сыграть подготовка экспертов и организаторов ЭКМП, а также специалистов служб качества медицинской помощи в медицинских организациях по единым программам обучения.

Вместе с тем, вопросы дальнейшего совершенствования системы контроля качества медицинской помощи в условиях ОМС предполагают использование разработок территориальных систем ОМС с ориентацией на контроль результата лечения как основы деятельности ОМС, обеспечивающей конкуренцию как между страховщиками, так и между производителями медицинских услуг.

Система ОМС ориентирована, прежде всего, на удовлетворение застрахованных и страхователей уровнем оказания медицинской помощи, поэтому контроль качества медицинской помощи застрахованному населению целесообразно рассматривать и как контроль результата лечения, а не только процесса оказания медицинской помощи. Одним из важных моментов на современном этапе становится также оценка взаимосвязи между достигнутыми результатами и затратами, что отражает эффективность медицинской помощи.

Оценка КМП на основе статистических показателей персонифицированного учета в системе ОМС, на наш взгляд, лишена субъективизма, ориентирована, главным образом, на результат, что соответствует запросам потребителей. Ориентация на мнение потребителя и на его спрос наиболее эффективна при осуществлении принципа свободного выбора учреждения и врача, что в настоящее время определено Законом об обязательном медицинском страховании.

Выводы

На наш взгляд, направления дальнейшего совершенствования деятельности системы ОМС в целях повышения качества и эффективности медицинской помощи должны включать следующие мероприятия:

- разработка федерального нормативного акта, устанавливающего единые критерии предъявления экономических санкций МО по результатам ЭКМП в системе ОМС и размеры этих санкций;
- совершенствование взаимодействия СМО (ТФОМС) и МО по экспертизе и управлению КМП на основе подготовки экспертов и организаторов ЭКМП учреждений и организаций систем здравоохранения и ОМС по единым программам обучения, что позволит устранить противоречия в осуществлении контроля КМП и повысить эффективность использования результатов экспертизы в целях улучшения состояния КМП;
- введение и использование унифицированных форм документов (добровольных информированных согласий) для правового обеспечения лечебно-диагностического процесса в МО:
- разработка системы мониторинга:
  - статистических показателей формы ПГ и статистических показателей, содержащихся в базе данных СМО, с учетом информатизации системы ОМС и перехода в перспективе к персонифицированному учету;
  - удовлетворенности населения качеством оказания медицинской помощи;
  - оценки эффективности контроля КМП.

Литература

1. Приказ ФОМС от 01.12.2010 г. № 230 *«Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»*.

2. Приказ ФОМС от 29 мая 2009 г. № 118 *«Об утверждении Методических рекомендаций «Организация проведения социологического опроса (анкетирования) населения об удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования»*.

3. Щепин О.П., Стародубов В.И., Линденбратен А.Л., Галанова Г.И. *Методологические основы и механизмы обеспечения КМП*. – М.: Медицина, 2002. – 176 с.

12-13 апреля 2011 года

в Национальном НИИ общественного здоровья РАМН состоялась международная научно-практическая конференция

«Роль здравоохранения в охране общественного здоровья»

В конференции приняли участие ведущие специалисты страны в области общественного здоровья и здравоохранения; научно-педагогические работники, руководители отраслевых, федеральных и региональных органов здравоохранения, руководители научных организаций РАМН и Минздравсоцразвития России, учреждений здравоохранения, практические работники.

В ходе конференции обсуждены следующие вопросы:

- Состояние и тенденции здоровья населения РФ. Анализ демографической ситуации и прогностические оценки ее развития, как фактор планирования объемов и видов медицинской помощи.
- Формирование и развитие здорового образа жизни – стратегический приоритет политики в области здравоохранения.
- Роль профилактики и диспансеризации в охране здоровья населения РФ.
- Основные направления и перспективы модернизации российского здравоохранения, в том числе по вопросам повышения качества и доступности медицинской помощи матерям и детям.
- Развитие системы здравоохранения, ее эффективность. Финансирование и медико-экономические вопросы. Проблемы качества медицинской помощи и управления социально-экономическими результатами отрасли. Проблемы платности медицинской помощи, организация деятельности негосударственных ЛПУ. Региональные особенности здравоохранения.
- Приоритетные проекты в сфере здравоохранения и их реализации. Развитие высокотехнологичных видов медицинской помощи.
- Правовые вопросы регулирования деятельности здравоохранения, права пациентов.

Контрольно-ревизионная деятельность Московского областного фонда обязательного медицинского страхования в 2010 году

Г.А. Антонова

Г.А. Антонова
ГУ Московской области «Московский областной фонд обязательного медицинского страхования»

Резюме

Системная контрольно-ревизионная работа МОФОМС позволяет выявлять факты неправомерного, нецелевого и неэффективного использования финансовых средств в системе обязательного медицинского страхования, обеспечивать методико-профилактическую работу и своевременное восстановление средств, использованных неправомерно или на цели, не соответствующие условиям их предоставления.

Ключевые слова: контрольно-ревизионная работа, целевое и рациональное использование средств ОМС, восстановление средств ОМС, финансовая ответственность медицинских организаций.

Abstract

Control audit activity of the Moscow Regional Foundation of Obligatory Medical Insurance in 2010

G.A. Antonova – Director of the State Institution of Moscow Region – Moscow Regional Foundation of Obligatory Medical Insurance
The State Institution of Moscow Region – Moscow Regional Foundation of Obligatory Medical Insurance

The systemic control audit work of the Moscow Regional Foundation of Obligatory Medical Insurance (MRFOMI) allows: to detect facts of an illegal non-goal-oriented and inefficient use of financial funds in the system of obligatory medical insurance, to provide a methodic preventive work and a timely recovery of OMI means, which were used lawless or for goals non corresponding with conditions of their assignment.

Key words: control audit work, goal-oriented and rational use of OMI means, recovery of OMI means, financial responsibility of medical organizations.

Для корреспонденции:

Г.А. Антонова – директор ГУ Московской области «Московский областной фонд обязательного медицинского страхования»

ГУ Московской области «Московский областной фонд обязательного медицинского страхования»
Адрес: 114115, Москва, Дербенёвская наб., д. 7, стр. 1
Телефон: (495) 223-71-20. Факс: (495) 223-11-84
E-mail: general@mofoms.ru

Здоровье населения является важнейшим элементом социального, культурного и экономического развития страны.

В этой связи, обеспечение населения гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи, финансируемой из бюджетов всех уровней и средств обязательного медицинского страхования, является важнейшей государственной задачей. Система обязательного медицинского страхования играет в этом ключевую роль. Законом Российской Федерации «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», ежегодными постановлениями Правительства Российской Федерации «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» финансовое обеспечении прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь в системе ОМС возложено на фонды обязательного медицинского страхования.

Для выполнения этой задачи особое внимание уделяется вопросам эффективного использования средств, в том числе и вопросам контроля за их целевым и рациональным использованием.

Приоритетным направлением в контрольно-ревизионной работе Московского областного фонда обязательного медицинского страхования (далее – МОФОМС) является обеспечение надлежащего контроля за целевым и рациональным расходованием средств ОМС, проверка финансово-хозяйственной деятельности медицинских организаций, страховых медицинских организаций и совершенствование контрольно-ревизионной работы.

Контрольно-ревизионная работа МОФОМС включает в себя не только контролирующие функции, но и большую аналитическую и методологическую работу. Проверки проводятся не ради проверок. Их целью является предупреждение финансовых нарушений, выявление недостатков и причин возникновения этих недостатков, возможные пути решения по устранению нарушений, в том числе меры законодательного, административного и судебного порядка.

Алгоритм результатов анализа недостатков строится по схеме:

- проверка;
- недостатки (положительные моменты);
- причинно-следственные связи возникновения недостатков;
- возможные пути решения по устранению недостатков;
- организация информационной работы по предотвращению возможных недочетов и нарушений;
- организация учебы (повышение квалификации) сотрудников, специалистов медицинских организаций.

Контрольно-ревизионная работа МОФОМС в 2010 году осуществлялась в соответствии с утвержденным Планом.

Согласно утвержденному Плану проверок контрольно-ревизионной службой, с участием филиалов МОФОМС, в 2010 году проведены проверки целевого и рационального использования средств обязательного медицинского страхования в 277 организациях, получающих средства в системе ОМС Московской области.

В результате проверок выявлено нецелевое использование средств ОМС, подлежащих восстановлению в объеме 61,5 млн. рублей, из них медицинскими организациями – 49,6 млн. рублей, страховыми медицинскими организациями – 11,9 млн. рублей.

На графике представлены данные за период с 2005 года по 2010 год, отражающие динамику увеличения размера средств ОМС, использованных медицинскими организациями не по целевому назначению (рис. 1).

Остаток не восстановленных средств по итогам проверок 2010 года по состоянию на 01.04.2011 года составляет 0,4 млн. рублей.

Более 82% всех нарушений касались использования средств ОМС на оплату расходов, не включенных в тарифы медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы ОМС. По сравнению с данными за 9 месяцев 2010 года (85%), сохраняется тенденция уменьшения доли указанных расходов в общей сумме средств ОМС, подлежащих восстановлению (рис. 2).

При наличии фактов использования средств ОМС не по целевому назначению в 65 медицинских организациях выявлены случаи несоблюдения норм лечебного питания пациентов и обеспечения мягким инвентарем.

При проверках вопросов организации закупок лекарственных препаратов в стационарных учреждениях выявлены нарушения Федерального закона от 21.07.2005 №94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» в части заключения контрактов, предусматривающих несколько источников оплаты и не содержащих сведения о конкретных финансовых обязательствах каждого из них. Такое положение влекло за собой расходование средств ОМС на бюджетные обязательства, а также использование приобретенных за счет средств ОМС лекарственных средств для оказания платных услуг. Производились закупки лекарственных средств на основании договоров, условиями которых предусматривалась 100% предоплата. Также выявлены случаи одновременного приобретения по разовым договорам одних и тех же наименований лекарственных средств у различных поставщиков без заключения договоров (по счетам).

По итогам проверок МОФОМС направляет письма в адрес руководителей медицинских организаций, а также в адрес руководителей органов исполнительной власти с предложениями о принятии мер по устранению выявленных нарушений и недостатков, проводит контрольные проверки.

Специалистами МОФОМС и Министерства здравоохранения Московской области, в рамках защиты прав застрахованных граждан, проведено 289 совместных проверок по вопросам реализации Федерального закона от

год	на 01.01.2005	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Выявлено		18,5	22,9	24,8	34,7	37,0	49,6
Восстановлено		17,7	20,9	23,1	36,6	40,1	42,4
Остаток	3,6	4,4	6,4	8,1	6,2	3,1	10,3

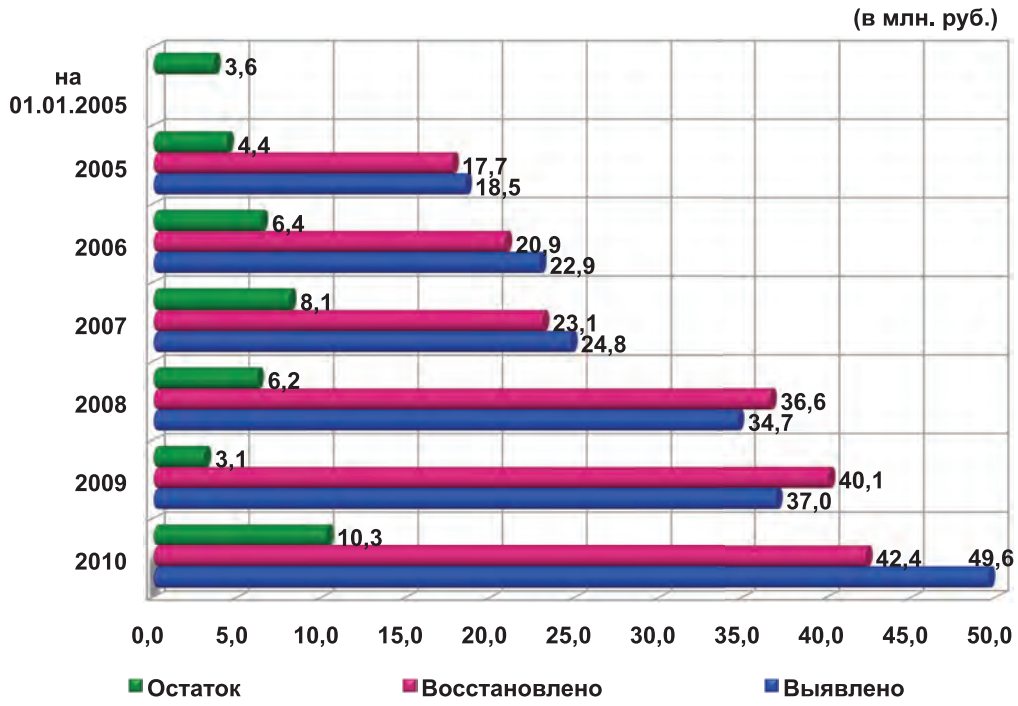


Рис. 1. Данные о нецелевом расходовании средств ОМС

Рис. 2. Структура нецелевого использования средств ОМС за 2010 год

Рис. 3. Структура дефектов, выявленных МОФОМС при МЭК межтерриториальной помощи за 2010 год

17.07.1999 №178-ФЗ «О государственной социальной помощи». В 128 медицинских организациях проверено более 2-х тысяч амбулаторных карт. Основной целью проверок являлась оценка лекарственного обеспечения и контроля обоснованности назначения лекарственных средств. Практически в каждой проверенной медицинской организации выявлены нарушения в назначениях, выписке и оформлении медицинской документации. А именно: выписка лекарственных препаратов выше норм плановой заявки (или не включенных в заявку), оформление одним врачом за одно посещение более 5 рецептов без заключения врачебной комиссии, превышение месячных (курсовых) доз, назначение и увеличение доз инсулина без проведения лабораторных исследований и соответствующих рекомендаций специалистов федеральных или областных лечебных учреждений.

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи осуществляется путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

МОФОМС в ходе медико-экономического контроля выявлено более 700 тыс. нарушений из 7-ми млн. позиций реестра, что составило 10% случаев от общего количества предъявленных к оплате счетов на общую сумму 240 млн. рублей. При этом 96% случаев составляют дефекты в реестрах счетов амбулаторно-поликлинической помощи (рис. 3).

В ходе медико-экономической экспертизы проведена оценка 53 тыс. страховых случаев, 14% из них отнесены к дефектным, значительная часть которых составляет отсутствие первичной медицинской документации (66%). Сумма финансовых санкций составила 90 млн. рублей (рис. 4).

Размер нецелевого использования средств ОМС страховыми медицинскими организациями по результатам проверок за 2010 год составил 11,9 млн. рублей, в т.ч.:

- превышение норматива на ведение дела;
- необоснованное получение средств, вследствие завышения численности застрахованных граждан;
- не соблюдение порядка и условий формирования резервов ОМС.

Средства полностью восстановлены.

Также, в рамках комплексных проверок, специалистами контрольно-ревизионной службы были проведены плановые проверки в 208 медицинских организациях соблюдения федерального законодательства по расходованию бюджетных средств, выделенных на реализацию приоритетного национального проекта «Здоровье». По результатам проверок составляется справка о выявленных финансовых нарушениях. Размер нецелевого использования бюджетных средств в 2010 году составил 2,0 млн. рублей.

На графике представлены данные за период с 2006 по 2010 год, отражающие динамику использования бюджетных средств (рис. 5-6).

Средства полностью восстановлены.

Значительная работа проводилась Фондом не только по выявлению нарушений, но и по возврату в систему ОМС неправомерно использованных средств. По итогам проверок МОФОМС направляет предписания в адрес руководителей медицинских и страховых организаций, а также письма в адрес руководителей органов исполнительной власти с предложениями о принятии мер по устранению выявленных нарушений и недостатков по восстановлению средств ОМС. В МОФОМС разработан порядок устранения нарушений в использовании средств, в том числе по их восстановлению; работает Комиссия по рассмотрению вопросов возврата средств ОМС, использованных не по целевому назначению.

Очевидна необходимость тесной координации контрольных органов для комплексной проверки расходо-

Рис. 4. Структура дефектов, выявленных МОФОМС при МЭЭ межтерриториальной помощи

вания средств ОМС. Анализ результатов комплексных проверок позволяет принимать оптимальные управленческие решения, способствующие рационализации потребления экономических ресурсов в здравоохранении области.

МОФОМС заключил Соглашение с Территориальным органом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по г. Москве и Московской области в целях усиления контроля и надзора за соблюдением законодательства Российской Федерации в сфере здравоохранения и социального развития.

Заключено Соглашение с Главным контрольным управлением Московской области об организации взаимодействия и координации совместной деятельности. Соглашение координирует совместные действия в реали-

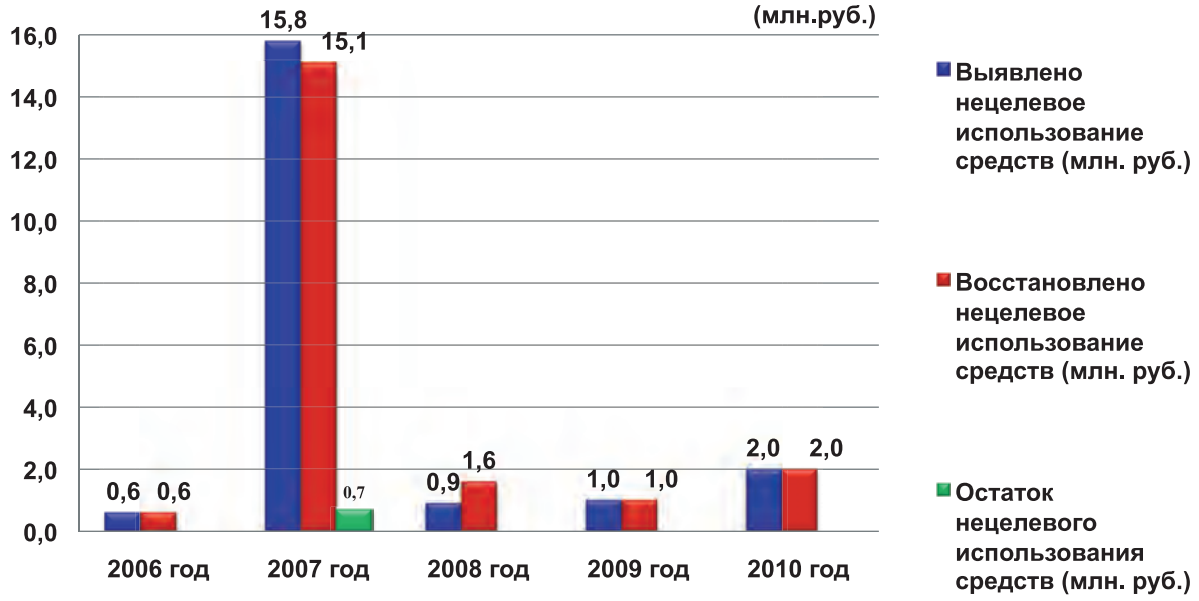


Рис. 5. Данные о нецелевом расходовании средств, направленных на реализацию национального проекта «Здоровье»

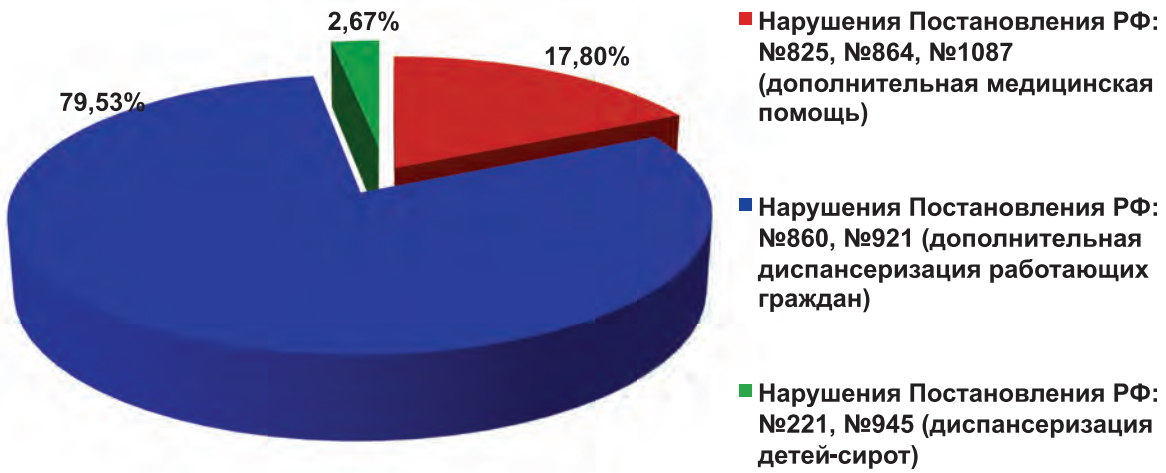


Рис. 6. Структура нецелевого использования средств, направленных на реализацию национального проекта «Здоровье» за 2010 год

зации законодательства Российской Федерации, законодательства Московской области по совершенствованию эффективности финансового контроля, принципов, механизмов и методов его осуществления для достижения положительных результатов в социально-экономическом развитии Московской области, и также направлено на организацию и осуществление контроля и надзора за правомерным, целевым и эффективным использованием средств ОМС, принятием мер по устранению нарушений и законодательства, регламентирующего использование государственных внебюджетных средств.

В своей деятельности МОФОМС активно взаимодействует с органами законодательной и исполнительной власти Московской области и муниципальных образований, Министерством здравоохранения Московской области, региональными отделениями государственных внебюджетных фондов, другими учреждениями и организациями.

В целях организации методической работы с филиалами МОФОМС, медицинскими организациями Контрольно-ревизионным управлением Московского областного фонда обязательного медицинского страхования проведен ряд семинаров по изучению нормативно-правовой базы ОМС, постановлений Правительства Российской Федерации и других документов в рамках реализации национального проекта «Здоровье», нормативных документов Минздравсоцразвития России, Минфина России, Министерства здравоохранения Московской области, директивных документов МОФОМС, совершенствованию методики организации, проведения и оформления проверок учреждений здравоохранения с использованием разработанных КРУ МОФОМС аналитических материалов. Проводятся перекрестные проверки, когда для объективности проводимой проверки комиссия создается с привлечением работников филиалов других муниципальных образований.

В связи с вступлением в силу Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» МОФОМС совместно с Министерством здравоохранения Московской области провели семинары-совещания по разъяснению основных положений Закона с участием представителей органов управления здравоохранением, главных врачей медицинских организаций, заведующих отделениями, директоров филиалов МОФОМС. В ходе совещаний отмечалось, что впервые на федеральном уровне усилена финансовая ответственность медицинских организаций за использование средств обязательного медицинского страхования незаконно или не по целевому назначению. Часть 9 статьи 39 Закона определяет ответственность и обязанность медицинской организации, заключившей договор на оказание и оплату медицинской помощи, в случае нецелевого использования средств обязательного медицинского страхования.

Одним из направлений дальнейшего совершенствования и унификации методик ревизий и проверок деятельности участников системы обязательного медицинского страхования является обобщение уже имеющего опыта, систематизирование и классификация выявляемых нарушений и недостатков. В этой связи Контрольно–ревизионным управлением разработан и внедрен Классификатор основных нарушений и недостатков, выявляемых при проверке финансового взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования.

В целом системная контрольно-ревизионная работа МОФОМС позволяет выявлять факты неправомерного, нецелевого и неэффективного использования финансовых средств в системе обязательного медицинского страхования, обеспечивать методико-профилактическую работу и своевременное восстановление средств, использованных неправомерно или на цели, не соответствующие условиям их предоставления.

Методика определения дифференцированных сумм доплат врачам-специалистам в ходе реализации региональной программы модернизации здравоохранения

В.Н. Мокшин[1], И.А. Гехт[1], Г.Б. Артемьева[2]
[1]Территориальный фонд ОМС Самарской области
[2]Рязанский областной фонд ОМС

В.Н. Мокшин

И.А. Гехт

Г.Б. Артемьева

Резюме

Одним из разделов регионального проекта модернизации здравоохранения является повышение доступности специализированной амбулаторной помощи. Для того чтобы более эффективно использовать эти финансовые ресурсы, необходимо, чтобы доплаты врачам-специалистам были связаны с выполнением ими намеченных объемов медицинской помощи и высоким качеством работы.

Ключевые слова: программа модернизации, врачи-специалисты, дифференцированная доплата, врачебное посещение.

Abstract

Technique of determination for differentiated sums of additional payments to doctors specialists in realization of regional program of public health modernization

V.N. Mokshin – Executive Director of the OMI Territorial Foundation of the Samara Region, Assistant Professor of the Chair for Medical Insurance of the Samara State Medical University,
I.A. Gekht, M.D., Ph. D – Head of the Information Analytic Department of the OMI Territorial Foundation of the Samara Region, Professor, Head of the Chair for Medical Insurance of the Samara State Medical University
G.B. Artemyeva M.D., Ph. D – Executive Director of the Ryasan Regional OMI Foundation, Assistant Professor of the Chair for Public Health and Medical Care of the I.P. *Pavlov Ryasan State Medical University.*

One of the sections in Regional Project of public health modernization is an increase of availability of specialized outpatient aid. In order to use more efficient these financial resources it is necessary that additional payments to doctors specialists were connected with fulfillment by them planned volumes of medical care and a high quality of the work.

According to the suggested technique it will be possible to calculate new differentiated standards of additional payments in case of enlargement or reduction of lists for doctors-specialists, as well as in case of change in sum of financing for proper trend of the modernization program.

Key words: modernization program, doctors-specialists, differentiated additional payments, visit to doctor.

Цель работы — определить дифференцированные нормативы доплат врачам-специалистам, ведущим прием в амбулаторно-поликлинических учреждениях или подразделениях.

При разработке методики определения дифференцированных сумм доплаты врачам-специалистам мы исходили из разработанного алгоритма расчетов, апробированного в Самарском и Рязанском фондах обязательного медицинского страхования. В основу методики были положены дифференцированные нормативы стоимости амбулаторных посещений врачей различных специальностей, отраженные в нормативных документах федерального и регионального уровней. В данной работе приведены материалы по разработке алгоритма расчетов на примере Самарской области.

Используемые материалы:

1. Перечень должностей специалистов, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, проводимой в рамках региональной программы модернизации здравоохранения Самарской области, утвержденный приказом министерства здравоохранения и социального развития Самарской области.
2. Информационное письмо министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17.12.2010 № 20-2/10/2-12028 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год».
3. Сводный статистический отчет о деятельности лечебно-профилактических учреждений «Сведения об учреждении здравоохранения» (статистическая форма № 30).
4. Региональная программа модернизации.
5. Тарифное соглашение с прейскурантом медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования.
6. Территориальная программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам Самарской области.

Алгоритм расчетов

1. Министерство здравоохранения и социального развития Самарской области своим приказом утвердило перечень должностей врачей-специалистов амбулаторно-поликлинических учреждений и подразделений, участвующих в реализации программы модернизации. Этот список содержит наименования врачей 26 специальностей, занятых на приеме как взрослого, так и детского населения.

2. Определение относительных коэффициентов стоимости одного посещения по специальностям (К). По 13 врачебным специальностям применяются коэффициенты, приведенные в Информационном письме МЗ и СР РФ от 17.12.2010 (таб. 3.2). По остальным специальностям коэффициенты рассчитываются следующим образом:

1) Из первого списка (13 наименований по информационному письму) выбирается специальность, где относительный коэффициент равен 1,0 – неврология.

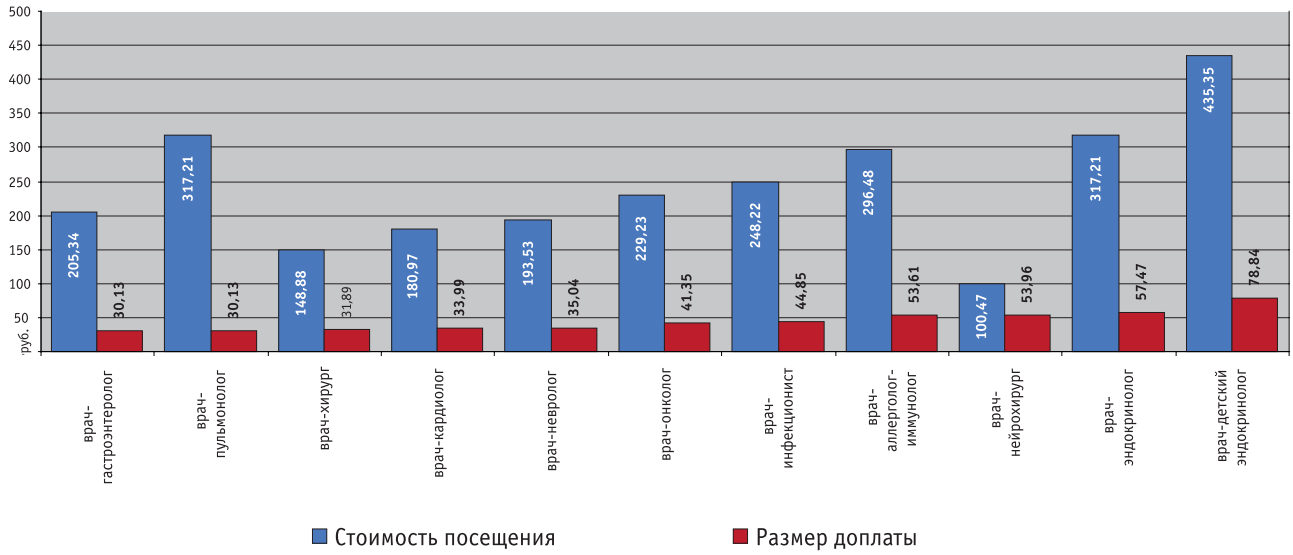


Рис. 1. Стоимость посещений к некоторым врачам-специалистам и размеры доплат в рамках программы модернизации здравоохранения Самарской области на 2011 год (руб.)

2) По утвержденному на 2011 год прейскуранту стоимости амбулаторной помощи находим стоимость посещения у врача-невролога – 182,44 рубля (С-н).
3) Находим в прейскуранте стоимость приема врачей, не вошедших в перечень в Информационном письме (С-14 – С-26).
4) Определяем относительные коэффициенты стоимости посещения по этим специальностям (К-14 – К-26):

$$К\text{-}14 = \frac{С\text{-}14}{С\text{-}н};$$

$$К\text{-}15 = \frac{С\text{-}15}{С\text{-}н}$$ и т.д. по каждой специальности.

3. Определяем запланированное число врачебных посещений в разрезе каждой из 26 специальностей (П) по ТПГГ (задания по выполнению ТПОМС). Если такого планирования не проводится, то можно использовать официальную статистическую отчетность за 2010 год (ф.30 – сведения об учреждении здравоохранения).

4. Определяем показатель коэффициенто-посещений для каждой врачебной специальности (К-П):

$$К\text{-}П\text{-}1 = К\text{-}1 \times П\text{-}1;$$

$$К\text{-}П\text{-}2 = К\text{-}2 \times П\text{-}2$$ и т.д.

5. Находим сумму коэффициенто-посещений по всем 26 врачебным специальностям:

$$\sum К\text{-}П = К\text{-}П\text{-}1 + К\text{-}П\text{-}2 + \ldots К\text{-}П\text{-}26.$$

6. Определяем стоимость 1 коэффициенто-посещения (Р):

$$Р = \frac{Д}{\sum К\text{-}П},$$

где **Д** – средства, выделенные на указанное направление по программе модернизации на 2011 год.

7. Определяем размер доплаты по каждой врачебной специальности из 26, утвержденных МЗиСР СО (З):

$$З\text{-}1 = Р \times К\text{-}1;\ \ З\text{-}2 = Р \times К\text{-}2$$ и т.д..

При расчете по приведенной методике в Самарской области доплата к стоимости посещения врача-невролога составит 18,07 рубля, детского эндокринолога - 42,66 рубля, врача-нейрохирурга – 26,83 рубля и т.д.

Таким образом, применение данной методики позволяет использовать дифференцированную доплату к стоимости посещения, но требует определенного нормирования нагрузки врачей в соответствии с плановыми показателями объемов медицинской помощи поликлинической медицинской организации или подразделения, ибо при фиксированной сумме выделенных средств на указанный раздел программы модернизации увеличение числа посещений, например, приведет к необходимости перерасчета и уменьшения размеров доплат на 1 посещение.

По приведенной методике можно будет рассчитать новые дифференцированные нормативы доплат при расширении или уменьшении списка врачей-специалистов, а также при изменении суммы финансирования на указанное направление программы модернизации.

Для корреспонденции:

В.Н. Мокшин – исполнительный директор ТФОМС Самарской области, доцент кафедры медицинского страхования Самарского государственного медицинского университета

И.А. Гехт – начальник информационно-аналитического управления ТФОМС Самарской области, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой медицинского страхования Самарского государственного медицинского университета

Територриальный фонд обязательного медицинского страхования Самарской области
Адрес: 443082, Самара, ул. Владимирская, д. 60
Телефон: (846) 998-27-01. Факс: (846) 998-27-02. E-mail: general@samtfoms.ru

Г.Б. Артемьева – исполнительный директор Рязанского областного фонда ОМС, к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова
Рязанский областной фонд обязательного медицинского страхования
Адрес: 390026, Рязань, ул. 6-я Линия, д. 6
Телефон: (4912) 98-58-44. Факс: (4912) 98-58-73. E-mail: rofoms@rofoms.ryazan.ru

НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 3 марта 2011 г. № 163н

МОСКВА

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРИКАЗ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 4 ФЕВРАЛЯ 2010 г. № 55Н «О ПОРЯДКЕ ПРОВЕДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН»

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 г. № 1228 «О порядке предоставления из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 3, ст. 552) приказываю:

Внести изменения в Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 4 февраля 2010 г. № 55н «О порядке проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 марта 2010 г. N 16550) согласно приложению.

Министр
Т.А. ГОЛИКОВА

В полном объеме приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 3 марта 2011 г. № 163н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 4 февраля 2010 г. № 55н «О порядке проведния дополнительной диспансеризации работающих граждан» размещен на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования www.ffoms.ru в разделе «Система ОМС в России», подраздел «Нормативно-справочная информация в системе ОМС», в подразделе «Приказы Минздравсоцразвития России и других министерств и ведомств».

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(Минздравсоцразвития России)

ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА

Руководителям органов
исполнительной власти субъектов
Российской Федерации
в сфере здравоохранения

Директорам территориальных
фондов обязательного
медицинского страхования

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

от 31 марта 2011 г. № 14-0/10/2-3074

В целях реализации постановления Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 г. № 1228 «О порядке предоставления из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан» Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации направляет сведения о численности работающих граждан, подлежащих дополнительной диспансеризации в 2011 году.

В.С. Белов

СВЕДЕНИЯ
о численности работающих граждан, подлежащих дополнительной диспансеризации в 2011 году в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 года № 1228

Субъекты Российской Федерации	Плановая численность работающих граждан, подлежащих диспансеризации в 2011 году
1	2
Российская Федерация	**2 873 187**
Центральный федеральный округ	**849 877**
Белгородская область	33 800
Брянская область	20 700
Владимирская область	34 500
Воронежская область	80 850
Ивановская область	19 550
Калужская область	29 400
Костромская область	19 000
Курская область	26 500
Липецкая область	34577
Московская область	90 000
Орловская область	25 250
Рязанская область	18 500
Смоленская область	13 850
Тамбовская область	15 550
Тверская область	32 350
Тульская область	34 500
Ярославская область	31 000
г. Москва	290 000
Северо-Западный федеральный округ	**238 950**
Республика Карелия	10 300
Республика Коми	13 500
Архангельская область	25 000
Вологодская область	21 100
Калининградская область	18 000
Ленинградская область	25 000
Мурманская область	24 250
Новгородская область	20 550
Псковская область	15 000
г. Санкт-Петербург	65 000
Ненецкий авт. округ	1 250
Южный федеральный округ	**218 000**
Республика Адыгея	5 150
Республика Калмыкия	6 250
Краснодарский край	82 000
Астраханская область	24 000
Волгоградская область	38 600
Ростовская область	62 000
Северо-Кавказский федеральный округ	**92 014**
Республика Дагестан	22 000

Республика Ингушетия	3 000
Кабард.-Балкар. республика	6 614
Карач .-Черкес. республика	3 700
Республика Северная Осетия	7 350
Чеченская республика	8 850
Ставропольский край	40 500
Приволжский федеральный округ	**638 384**
Республика Башкортостан	55 487
Республика Марий Эл	18 400
Республика Мордовия	32 697
Республика Татарстан	80 000
Республика Удмуртия	38 600
Республика Чувашия	35 300
Пермский край	62 000
Кировская область	44 000
Нижегородская область	90 000
Оренбургская область	27 500
Пензенская область	29 400
Самарская область	48 500
Саратовская область	50 000
Ульяновская область	26 500
Уральский федеральный округ	**274 850**
Курганская область	28 150
Свердловская область	81 000
Тюменская область	23 000
Челябинская область	82 300
Ханты-Мансийский авт. округ	56 300
Ямало-Ненецкий авт.округ	4 100
Сибирский федеральный округ	**426 400**
Республика Алтай	4 000
Республика Бурятия	21 000
Республика Тыва	2 500
Республика Хакасия	9 800
Алтайский край	42 000
Забайкальский край	19 700
Красноярский край	80 000
Иркутская область	29 500
Кемеровская область	55 900
Новосибирская область	75 000
Омская область	57 000
Томская область	30 000
Дальневосточный федеральный округ	**134 712**
Республика Саха (Якутия)	15 500
Камчатский край	7 500
Приморский край	37 100
Хабаровский край	33 200
Амурская область	22 212
Магаданская область	6 000
Сахалинская область	7 450
Еврейская авт. область	3 500
Чукотский авт. округ	2 250

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ПРИКАЗ

от 20 января 2011 г. № 16

МОСКВА

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ОТЧЕТНЫХ ФОРМ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Во исполнение пунктов 14 и 15 Правил предоставления из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 г. № 1228 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 3, ст. 552), а также в целях оптимизации сбора статистической информации о ходе реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» приказываю:

1. Утвердить:

1.1. Отчетную форму № 1-ДД «Сведения о ходе проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан» (МО) (приложение № 1);

1.2. Отчетную форму № 2-ДД «Сведения о ходе проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан» (ТФОМС) (приложение № 2);

1.3. Рекомендации по заполнению отчетных форм № 1-ДД «Сведения о ходе проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан» (МО) и № 2-ДД «Сведения о ходе проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан» (ТФОМС) (приложение № 3).

2. Управлению информационно-аналитических технологий обеспечить прием и обработку информации в электронном виде.

3. Управлению модернизации системы ОМС оказывать организационно-методическую помощь территориальным фондам обязательного медицинского страхования при составлении отчета по форме № 2-ДД.

4. Директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования обеспечить:

4.1. Прием от медицинских организаций и обработку отчетной формы № 1-ДД «Сведения о ходе проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан» (МО);

4.2. Представление отчетной формы № 2-ДД «Сведения о ходе проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан» (ТФОМС) в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в установленные сроки.

5. Признать утратившим силу Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 14 апреля 2008 г. № 82 «Об утверждении отчетных форм по проведению дополнительной диспансеризации» (зарегистрирован Минюстом России 28 апреля 2008 г. № 11601).

6. Признать утратившим силу Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19 февраля 2010 г. № 32 «О внесении изменений в Приказ ФОМС от 14 апреля 2008 г. № 82 «Об утверждении отчетных форм по проведению дополнительной диспансеризации» (зарегистрирован Минюстом России 24 марта 2010 г. № 16707).

Председатель
А.В. ЮРИН

В полном объеме приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 20 января 2011 года № 16 «Об утверждении отчетных форм по проведению дополнительной диспансеризации» размещен на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования www.ffoms.ru в разделе «Система ОМС России», раздел «Федеральный фонд ОМС», раздел «Направления деятельности», раздел «Национальный проект «Здоровье», подраздел «Дополнительная диспансеризация работающих граждан», в подразделе «Нормативно-правовые документы 2011».

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ПРИКАЗ

от 22 февраля 2011 г. № 40

МОСКВА

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ФОРМИРОВАНИЯ И ФОРМЫ ЗАЯВКИ НА ПОЛУЧЕНИЕ СРЕДСТВ НА ВНЕДРЕНИЕ СТАНДАРТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПОВЫШЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ ВРАЧАМИ-СПЕЦИАЛИСТАМИ

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 15.02.2011 № 85 «Об утверждении Правил финансового обеспечения в 2011-2012 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования» (Собрание законодательства Российской Федерации, 21.02.2011, № 8, ст. 1126) приказываю:

1. Утвердить прилагаемый порядок формирования заявки страховой медицинской организации на получение средств на внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами (далее - Порядок), согласно приложению № 1 к данному Приказу.

2. Утвердить форму заявки на получение средств на внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами, согласно приложению № 2 к данному Приказу.

Председатель
А.В. ЮРИН

В полном объеме приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 22 февраля 2011 года № 40 «Об утверждении порядка формирования и формы заявки на получение средств на внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами», размещен на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования www.ffoms.ru в разделе «Система ОМС России», подраздел «Нормативно-справочная информация в системе ОМС», в подразделе «Приказы ФОМС».

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ПРИКАЗ

от 7 апреля 2011 г. № 77

МОСКВА

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРИКАЗ ФОМС ОТ 18 ЯНВАРЯ 2011 г. № 10

В целях реализации Постановления Правительства Российской Федерации от 31.12.2010 № 1234 «О порядке предоставления субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (в ред. Постановления Правительства Российской Федерации от 21.02.2011 № 92) (далее - Постановление) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 2, ст. 395, № 9, ст. 1249) приказываю:

1. Внести изменения в Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - ФОМС) от 18 января 2011 г. № 10 «О реализации Постановления Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 года № 1234» (зарегистрирован Минюстом России 11.03.2011, № 20073) («Российская газета», № 57, 18.03.2011) согласно приложениям 1, 2, 3.

2. Контроль за исполнением настоящего Приказа возложить на начальника Финансово-экономического Управления ФОМС Н.Н. Дворяшина.

Председатель
А.В. ЮРИН

В полном объеме приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011 года № 77 «О внесении изменений в приказ ФОМС от 18 января 2011 г. № 10» размещен на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования www.ffoms.ru в разделе «Система ОМС России», раздел «Нормативно-справочная информация в системе ОМС», подраздел «Приказы ФОМС».

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

от 18 апреля 2011 г. № 2223/21-4/и

О ПОРЯДКЕ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ВНЕДРЕНИЮ СТАНДАРТОВ И ПОВЫШЕНИЮ ДОСТУПНОСТИ АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В соответствии с соглашениями высших исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации с Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее - Федеральный фонд) о финансовом обеспечении региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации на 2011-2012 годы (далее - Программы) одним из условий предоставления Федеральным фондом субсидий в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования (далее - территориальный фонд) на финансовое обеспечение Программ является предоставление субъектами Российской Федерации в срок до 10 рабочих дней с даты подписания указанных соглашений в адрес Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федерального фонда нормативных актов субъектов Российской Федерации по вопросам реализации Программ, в том числе порядков реализации мероприятий Программы и расходования средств в рамках Программы на территории субъекта Российской Федерации.

Согласно Постановлению Правительства Российской Федерации от 15 февраля 2011 года № 85 «Об утверждении Правил финансового обеспечения в 2011-2012 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования» (далее - Постановление) расходы бюджета территориального фонда на оплату работ и услуг в части внедрения стандартов медицинской помощи, повышения доступности амбулаторной медицинской помощи осуществляются в соответствии с договорами о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключаемыми территориальным фондом и страховыми медицинскими организациями.

Средства на внедрение стандартов и повышение доступности амбулаторной медицинской помощи являются целевыми и предоставляются страховым медицинским организациям при наличии заключенных страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в которых предусматриваются дополнительные мероприятия, а также условия использования средств, полученных на повышение доступности амбулаторной медицинской помощи в соответствии с указанным Постановлением.

В рамках реализации Постановления должны быть заключены дополнительные соглашения к типовому договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и типовому договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Указанными дополнительными соглашениями должно быть предусмотрено целевое назначение средств, направляемых на внедрение стандартов и повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, а также мероприятия и условия использования средств, определенные пунктом 10 Постановления.

Для получения средств на внедрение стандартов и повышение доступности амбулаторной медицинской помощи страховые медицинские организации ежемесячно формируют заявки в территориальные фонды в соответствии с Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 22 февраля 2011 года № 40 «Об утверждении порядка формирования и формы заявки на получение средств на внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами». Территориальный фонд перечисляет средства на внедрение стандартов и повышение доступности амбулаторной медицинской помощи в страховые медицинские организации на счет по учету средств обязательного медицинского страхования. Страховая медицинская организация перечисляет средства, полученные по заявке от территориального фонда, на счета медицинских организаций в соответствии с пунктом 13 Постановления. Страховые медицинские организации и медицинские организации отражают обособленно в бухгалтерском учете поступление и расходование средств в рамках региональных программ модернизации здравоохранения. При этом при перечислении средств территориальным фондом в страховую медицинскую организацию и страховой медицинской организацией в медицинскую организацию указывает назначение платежа «целевые средства на реализацию мероприятий по внедрению стандартов и повышению доступности амбулаторной медицинской помощи в рамках региональной программы модернизации здравоохранения».

Счета на оплату медицинской помощи за счет средств, предусмотренных на Программу, составляются на основании дополнительных тарифов на оплату стационарной медицинской помощи в соответствии со стандартами ее оказания и на оплату амбулаторной медицинской помощи в соответствии со способами оплаты, применяемыми на территории субъекта Российской Федерации, которые определяются в рамках соглашения между уполномоченным государственным органом субъекта Российской Федерации, территориальным фондом, представителями страховых медицинских организаций, профессиональных медицинских организаций, профессиональных союзов медицинских работников, устанавливающего тарифы на оплату медицинской помощи. При этом медицинская организация направляет полученные по дополнительным тарифам средства при оказании стационарной медицинской помощи в соответствии с установленной структурой дополнительного тарифа, а при оказании амбулаторной медицинской помощи в соответствии с подпунктом б) пункта 10 Постановления.

Просим обеспечить предоставление средств территориальными фондами обязательного медицинского страхования страховым медицинским организациям с учетом соблюдения указанных требований нормативных правовых актов.

Председатель
А.В. ЮРИН

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

от 29 апреля 2011 г. № 2686/21-и

О РЕАЛИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В соответствии с частью 2 статьи 50 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации (далее – Программа модернизации) осуществляется за счет средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – Федеральный фонд), бюджетов субъектов Российской Федерации и бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования (далее – территориальный фонд).

Соглашениями высших исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации с Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации (далее – Министерство) и Федеральным фондом о финансовом обеспечении Программ модернизации на 2011–2012 годы установлено обязательство высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации по принятию нормативных правовых актов, устанавливающих порядок реализации Программы модернизации и расходования на территории субъекта Российской Федерации средств на программу модернизации, а также порядок сбора и обобщения информации, необходимой для формирования отчетности о реализации Программы модернизации.

Порядок расходования на территории субъекта Российской Федерации средств на Программу модернизации должен включать в себя правила финансового обеспечения Программы модернизации по всем задачам в разрезе запланированных мероприятий по источникам финансового обеспечения (средств бюджета Федерального фонда, средств бюджета территориального фонда, средств бюджетов субъектов Российской Федерации), в том числе должен отражать следующее:

1) определение органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации, ответственных за реализацию мероприятий Программы модернизации и обоснованность их стоимости;
2) механизм передачи средств из бюджета субъекта Российской Федерации в местные бюджеты;
3) определение получателей средств;
4) порядок внедрения стандартов медицинской помощи;
5) иные нормы, необходимые для реализации Программы модернизации.

Расходы на реализацию мероприятий по проведению капитального (текущего) ремонтов и приобретению оборудования в случае размещения заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд уполномоченным органом отражаются им в отчетах об использовании средств на финансовое обеспечение Программ модернизации согласно приказу Федерального фонда от 16 декабря 2010 г. № 240 «Об утверждении Порядка и формы предоставления отчетности об использовании средств на цели по реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в период 2011-2012 годов» с соответствующими пояснениями в записке, прилагаемой к отчету.

Мероприятия по внедрению стандартов реализуются медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление соответствующих видов деятельности, в рамках объемов, утвержденных Программой модернизации, с

оплатой медицинской помощи по способам, принятым на территории субъекта Российской Федерации, с учетом поэтапного перехода на оплату по стандартам.

В соответствии с пунктом 7 Порядка формирования заявки страховой медицинской организации на получение средств на внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами, утвержденного приказом ФОМС от 22 февраля 2011 г. № 40, итоговая сумма заявки уменьшается на остаток средств, сформировавшийся в страховой медицинской организации по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию за счет применения к медицинским организациям санкций за предыдущие периоды и не удержанных ранее. Таким образом, при заключении дополнительного соглашения возможно предусмотреть формы соответствующих актов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в рамках программ модернизации, приняв за основу формы актов, утвержденные в Порядке организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, с добавлением позиций:

«1. Не подлежит оплате по программе модернизации (сумма, код дефекта / нарушения) _____

2. Подлежит оплате _____».

При реализации Программ модернизации за счет средств территориальных фондов страховые медицинские организации направляют указанные средства, полученные в составе дифференцированных подушевых нормативов, на оплату медицинской помощи в рамках запланированных мероприятий (внедрение стандартов стационарной медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи и др.). Необходимо учесть, что проведение диспансеризации подростков является самостоятельным мероприятием. Средства расходов на ведение дела формируются страховой медицинской организацией в соответствии с установленным нормативом от общего объема средств, полученных из территориального фонда по дифференцированным подушевым нормативам.

Оплата медицинской помощи в рамках реализации указанных мероприятий осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи (далее - тариф), установленным тарифным соглашением. При этом тариф может устанавливаться как по всем статьям расходования средств в рамках конкретного мероприятия (при внедрении стандартов стационарной медицинской помощи, проведении диспансеризации подростков и др.), так и по определенным статьям расходования средств на реализацию мероприятий (профессиональная подготовка кадров, осуществление выплат стимулирующего характера, приобретение медикаментов и расходных материалов в рамках повышения доступности амбулаторной медицинской помощи и др.).

Финансирование мероприятий Программы модернизации за счет средств субъекта Российской Федерации в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования целесообразно осуществлять путем направления средств из бюджета субъекта Российской Федерации в бюджет территориального фонда.

Порядок расходования средств должен предусматривать ведение территориальными фондами, страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями аналитического учета средств, направляемых на мероприятия программы модернизации по источникам их финансового обеспечения, а также целевое использование данных средств медицинскими организациями.

Обязанности страховой медицинской организации и медицинской организации по ведению аналитического учета указанных средств возможно отразить в дополнительных соглашениях к договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и к договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

За счет средств, поступающих из бюджета Федерального фонда, осуществляется оплата медицинской помощи по дополнительным тарифам в рамках Программы модернизации лицам, застрахованным за пределами территории субъекта Российской Федерации, где оказывалась медицинская помощь в соответствии с договором, заключенным между территориальным фондом и медицинской организацией. При этом указанные средства не подлежат возмещению территориальным фондом субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования.

Средства бюджетов территориальных фондов, направленные на оплату медицинской помощи в рамках Программы модернизации, подлежат возмещению территориальным фондом, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, при осуществлении межтерриториальных расчетов. Отчетность об использовании средств на финансовое обеспечение Программ модернизации в этом случае представляется территориальным фондом субъекта Российской Федерации, на территории которого была оказана медицинская помощь (приказ Федерального фонда от 16 декабря 2010 г. № 240) с указанием в записке, прилагаемой к отчету, размера средств, возмещенных территориальным фондом, на территории которого застрахованному лицу выдан полис обязательного медицинского страхования, в разрезе субъектов Российской Федерации.

Председатель
А.В. Юрин

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ПРИКАЗ

от 6 апреля 2011 г. № 74

МОСКВА

О КОМИССИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ ВОПРОСОВ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ РАБОТНИКАМ ЕДИНОВРЕМЕННОЙ СУБСИДИИ НА ПРИОБРЕТЕНИЕ ЖИЛОГО ПОМЕЩЕНИЯ*

В целях обеспечения социальной защиты и предоставления жилой площади работникам Федерального фонда обязательного медицинского страхования приказываю:

Утвердить Положение о Комиссии Федерального фонда обязательного медицинского страхования для рассмотрения вопросов предоставления работникам единовременной субсидии на приобретение жилого помещения (Приложение).

Председатель
А.В. ЮРИН

* Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования не нуждается в государственной регистрации – Письмо Минюста России от 24 мая 2011 г. № 01/33375-ДК.

Приложение
к Приказу ФОМС
от 06.04.2011 № 74

ПОЛОЖЕНИЕ О КОМИССИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ ВОПРОСОВ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ РАБОТНИКАМ ЕДИНОВРЕМЕННОЙ СУБСИДИИ НА ПРИОБРЕТЕНИЕ ЖИЛОГО ПОМЕЩЕНИЯ

1. Комиссия для рассмотрения организационных вопросов предоставления работникам единовременной субсидии (далее - Комиссия) на приобретение жилого помещения является постоянно действующим коллегиальным органом.

2. В своей деятельности Комиссия руководствуется федеральными законами, указами Президента Российской Федерации, постановлениями Правительства Российской Федерации, в частности, Уставом Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации 29 июля 1998 года № 857, приказами Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

3. Число членов Комиссии, включая председателя, заместителя (заместителей) председателя, секретаря и заместителя секретаря должно быть нечетным.

4. Председателем Комиссии является Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

5. Состав Комиссии формируется таким образом, чтобы была исключена возможность возникновения конфликтов интересов, которые могли бы повлиять на принимаемые Комиссией решения.

6. Комиссия осуществляет следующие функции:

а) проверяет сведения, содержащиеся в документах, представленных работником;

б) обеспечивает учет и снятие с учета работников для получения единовременной субсидии;

в) ведет книгу учета работников для получения единовременной субсидии;

г) на основании представления непосредственного руководителя работника вносит Председателю Федерального фонда обязательного медицинского страхования предложение об увеличении размера единовременной субсидии работнику (персонально) за безупречную и эффективную работу;

д) представляет председателю Федерального фонда обязательного медицинского страхования проект приказа о постановке на учет и снятия с учета работника.

7. Председатель Комиссии:

а) осуществляет общее руководство Комиссией;

б) определяет дату и время проведения заседания Комиссии;

в) дает поручения членам Комиссии, связанные с ее деятельностью;

г) председательствует на заседаниях Комиссии, а в случае отсутствия возлагает свои функции на заместителя председателя в установленном порядке;

д) подписывает протокол заседания Комиссии.

8. Секретарь Комиссии:

а) осуществляет прием заявлений работников и прилагаемых к нему документов;

б) ведет журнал регистрации заявлений работников и прилагаемых к нему документов с указанием времени и даты их приема;

в) обеспечивает участие членов Комиссии в заседании;

г) ведет протокол заседания Комиссии;

д) готовит проекты решений и оформляет протоколы заседаний Комиссии;

е) доводит принятые Комиссией решения до сведения работников;

ж) ведет делопроизводство Комиссии;

з) заносит сведения о работнике, состоящем на учете для получения единовременной субсидии в книгу учета работников Федерального фонда обязательного медицинского страхования, для получения единовременной субсидии (Приложение к Положению) в порядке очередности подачи заявлений.

9. Заседание Комиссии считается правомочным, если в нем принимает участие не менее двух третей ее членов.

10. Решение Комиссии принимается открытым голосованием простым большинством голосов. Мнение председателя Комиссии при равенстве голосов членов Комиссии является решающим.

11. Итоги заседания Комиссии оформляются протоколом.

Приложение
к Положению о Комиссии Федерального
фонда обязательного медицинского
страхования для рассмотрения
вопросов предоставления работникам
единовременной субсидии на
приобретение жилого помещения

КНИГА УЧЕТА

Начата _____ 20 ____ г.
Окончена _____ 20 ____ г.

Ф.И.О работника	Члены семьи, проживающие совместно с работником (Ф.И.О., степень родства)	Стаж работы в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования	Год, месяц, число постановки на учет (номер, дата правового акта, утверждающего решение о постановке на учет)	Жилищные условия			Решение о предоставлении единовременной субсидии (номер, дата приказа)	Размер единовременной субсидии (тыс. рублей)	Отметка о перечислении единовременной выплаты	Дата снятия с учета (номер и дата приказа)
				обеспеченность общей площадью по месту регистрации (всего)	на одного члена семьи	наличие в собственности других жилых помещений, кроме тех, где зарегистрирован				

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

У Т В Е Р Ж Д А Ю
Председатель
Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
А.В. Юрин
4 апреля 2011 г.

Методические указания по представлению информации в сфере обязательного медицинского страхования

В целях обеспечения единообразия реализации обязательного медицинского страхования в части представления информации территориальными фондами обязательного медицинского страхования (далее – территориальные фонды), страховыми медицинскими организациями (филиалами), медицинскими организациями и застрахованными лицами, создания условий для представления или обмена сведениями в электронном виде, целесообразно применение унифицированных образцов в соответствии с приложениями к настоящим Методическим указаниям.

Унифицированные образцы состоят из трех частей: заголовочной, содержательной и оформляющей.

Заголовочная часть образца содержит следующие общие реквизиты:

наименование, дату, на которую представлены содержащиеся в образце сведения (дата формирования сведений);

наименование субъекта, сформировавшего сведения;

наименование структурного подразделения организации, в котором сформированы сведения (или его обособленного подразделения (филиала);

наименование единицы измерения в валюте Российской Федерации.

Содержательная часть образца представляется в виде табличной и (или) текстовой частей, содержащих наименования данных, показателей (при наличии - кодов показателей по соответствующим классификаторам), а также содержание операции и соответствующие значения в натуральном и денежном выражении.

Оформляющая часть образца содержит подписи (с расшифровкой) должностных лиц, ответственных за сведения, и дату. Кроме того, должны быть указаны должность исполнителя, подпись (с расшифровкой), номер контактного телефона.

При изготовлении бланочной продукции на основе унифицированных образцов возможно изменение размеров граф и строк с учетом значности показателей, а также включение дополнительных строк и создание вкладных листов для удобства размещения и обработки информации.

1. Образец заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации (приложение № 1).

Заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации заполняется застрахованным лицом (его представителем) от руки или машинописным способом. Заявление подается в страховую медицинскую организацию (филиал) лично или с использованием информационно-коммуникационных сетей общего пользования, в том числе сети «Интернет», через официальный сайт территориального фонда или единый портал государственных услуг.

При заполнении заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации исправления не допускаются.

Заявление подписывается застрахованным лицом или его представителем, сотрудником страховой медицинской организации (филиала) принявшим заявление, с расшифровкой подписи, указанием даты подписания, и скрепляется печатью страховой медицинской организации.

2. Образец ходатайства о регистрации в качестве застрахованного лица (приложение № 2).

Ходатайство о регистрации в качестве застрахованного лица заполняется медицинскими организациями, а также учреждениями социальной помощи (дома ночного пребывания, социальные приюты, социальные гостиницы, центры социальной адаптации и другие), созданными в системе органов социальной защиты населения в соответствии с по-

становлением Правительства Российской Федерации от 08.06.1996 № 670 «Об утверждении Примерного положения об учреждении социальной помощи для лиц без определенного места жительства и занятий».

Ходатайство представляется в территориальный фонд, подписывается представителем ходатайствующей организации с расшифровкой подписи, с указанием даты подписания, и скрепляется печатью ходатайствующей организации.

3. Образец заявления о выдаче полиса обязательного медицинского страхования (выдаче дубликата полиса) или переоформлении полиса (приложение № 3).

Заявление о выдаче полиса обязательного медицинского страхования (выдаче дубликата полиса) или переоформлении полиса заполняется застрахованным лицом (или представителем застрахованного лица), от руки или машинописным способом, которое подается в страховую медицинскую организацию (филиал) лично или с использованием информационно-коммуникационных сетей общего пользования, в том числе сети «Интернет», через официальный сайт территориального фонда или единый портал государственных услуг.

При заполнении заявления о выдаче полиса обязательного медицинского страхования (выдаче дубликата полиса) или переоформлении полиса исправления не допускаются.

Заявление подписывается застрахованным лицом или его представителем, сотрудником страховой медицинской организации (филиала), принявшим заявление, с расшифровкой подписи, указанием даты подписания, и скрепляется печатью страховой медицинской организации.

4. Образец акта списания и уничтожения полисов обязательного страхования и временных свидетельств, признанных недействительными (или невостребованными) (приложение № 4).

Акт списания и уничтожения полисов обязательного страхования и временных свидетельств, признанных недействительными (или невостребованными), составляется комиссией, включающей представителей территориального фонда и страховой медицинской организации (филиала), при оформлении решения о списании и уничтожении полисов обязательного медицинского страхования и временных свидетельств и служит основанием для отражения в бухгалтерском учете выбытия указанных объектов учета.

Акт оформляется в трех экземплярах. Один экземпляр оформленного надлежащим образом Акта, согласованного в установленном порядке и утвержденного руководителями территориального фонда и страховой медицинской организации (филиала), передается в территориальный фонд, один – в бухгалтерию страховой медицинской организации (филиала), один остается у материально-ответственного лица страховой медицинской организации (филиала).

5. Образец уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования страховых медицинских организаций (приложение № 5).

Уведомление об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования страховых медицинских организаций заполняется страховой медицинской организацией (филиалом) и представляется в территориальный фонд на бумажном носителе или в электронном виде в срок до 1 сентября года, предшествующего году, в котором страховая медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, с указанием субъекта Российской Федерации.

При выявлении территориальным фондом несоответствия сведений, указанных в уведомлении, данным документов, срок представления уведомления уточняется с учетом срока, установленного частью 10 статьи 14 Федерального закона от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон).

Уведомление на электронных носителях или путем передачи по телекоммуникационным каналам связи с соблюдением требований по технической защите конфиденциальной информации направляется через официальный сайт территориального фонда в сети «Интернет».

К уведомлению прилагается копия лицензии страховой медицинской организации.

Уведомление подписывается руководителем страховой медицинской организации (филиала), с указанием даты. Наряду с этим, уведомление содержит подпись руководителя страховой медицинской организации (филиала), подтверждающую его информированность об условиях деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

6. Образец уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования страховых медицинских организаций (приложение № 6).

Уведомление об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования страховых медицинских организаций заполняется страховой медицинской организацией (филиалом) и представляется в территориальный фонд при досрочном расторжении договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования (далее – договор о финансовом обеспечении), с указанием субъекта Российской Федерации.

Уведомление представляется на бумажном носителе или в электронном виде за три месяца до даты расторжения договора о финансовом обеспечении.

Уведомление на электронных носителях или путем передачи по телекоммуникационным каналам связи с соблюдением требований по технической защите конфиденциальной информации направляется через официальный сайт территориального фонда в сети «Интернет».

Уведомление подписывается руководителем страховой медицинской организации (филиала), с указанием даты. Подпись руководителя страховой медицинской организации (филиала) скрепляется печатью.

7. Образец уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования медицинских организаций (приложение № 7).

Уведомление об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования медицинских организаций заполняется медицинской организацией и представляется в территориальный фонд на бумажном носителе или в электронном виде в срок до 1 сентября года, предшествующего году, в котором страховая медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, или в иной срок, установленный комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, с указанием субъекта Российской Федерации.

Виды медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (строка 9), указываются в разрезе профилей отделений и врачебных специальностей.

При выявлении территориальным фондом несоответствия сведений, указанных в уведомлении, данным документов, срок представления уведомления уточняется с учетом срока, установленного частью 2 статьи 15 Федерального закона.

Уведомление на электронных носителях или путем передачи по телекоммуникационным каналам связи с соблюдением требований по технической защите конфиденциальной информации направляется через официальный сайт территориального фонда в сети «Интернет».

К уведомлению прилагается копия разрешения на медицинскую деятельность медицинской организации.

Уведомление подписывается руководителем медицинской организации, с указанием даты, и содержит подпись руководителя медицинской организации, подтверждающую его информированность об условиях деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

8. Образец акта сверки расчетов по договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования (приложение № 8).

Акт сверки расчетов по договору о финансовом обеспечении составляется ежемесячно и формируется по состоянию на 1-е число месяца, следующего за отчетным. В акте указываются сведения об остатках средств на начало и конец отчетного периода и сведения о движении средств в отчетном периоде по данным бухгалтерского учета территориального фонда и данным бухгалтерского учета страховой медицинской организации (филиала).

Акт составляется в целях выявления и устранения причины возникновения расхождений и при их наличии служит основанием для корректировки остатков средств обязательного медицинского страхования в данных бухгалтерского учета территориального фонда или страховой медицинской организации (филиала).

Акт составляется в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон, и подписывается руководителем и главным бухгалтером территориального фонда и страховой медицинской организации (филиала), с указанием расшифровки подписи и даты. Подписи скрепляются печатями организаций.

9. Образец заявки на авансирование медицинской помощи (приложение № 9).

Заявка используется при оформлении операций по авансированию медицинской помощи медицинской организацией в рамках договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – договор на оказание и оплату медицинской помощи).

Заявка формируется медицинской организацией ежемесячно в объеме, установленном договором на оказание и оплату медицинской помощи и представляется в страховую медицинскую организацию (филиал) в установленный договором срок.

Медицинские организации, финансирование которых осуществляется по тарифу на основе подушевого норматива финансирования исходя из численности прикрепленных застрахованных лиц, заявку на авансирование медицинской помощи не формируют.

Заявка подписывается руководителем и главным бухгалтером медицинской организации, с расшифровкой подписи и указанием даты. Подписи скрепляются печатью организации.

10. Образец реестра счетов на оплату медицинской помощи (приложение № 10).

Реестр счетов на оплату медицинской помощи (далее – реестр счетов) формируется медицинской организацией ежемесячно, представляется в страховую медицинскую организацию (филиал) в течение пяти рабочих дней месяца,

следующего за отчетным, и является основанием для оплаты страховой медицинской организацией (филиалом) медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в отчетном месяце.

В заголовочной части реестра счетов указывается полное наименование медицинской организации, ОГРН медицинской организации в соответствии с ЕГРЮЛ, период, за который сформирован реестр счетов, полное наименование страховой медицинской организации (филиала), выдавшей полис обязательного медицинского страхования пролеченным больным.

В реестр счетов медицинской организацией вносятся персонифицированные сведения о пролеченном больном и персонифицированные сведения об оказанной ему медицинской помощи на основе данных медицинской документации.

Сведения о пролеченном ребенке до государственной регистрации рождения вносятся в реестр счетов на оплату медицинской помощи на основе персонифицированных данных о матери или другого законного представителя ребенка в соответствии с документами (паспорт, полис обязательного медицинского страхования, СНИЛС (при наличии) и персонифицированных сведений об оказанной ребенку медицинской помощи на основе данных медицинской документации.

Медицинские организации, финансирование которых осуществляется по подушевому нормативу, наряду с персональными данными пролеченных застрахованных лиц и данными персонифицированного учета оказанной им медицинской помощи, включают в реестр счетов список прикрепленных застрахованных лиц, тариф на основе подушевого норматива финансирования и общую сумму финансирования на численность прикрепленных лиц.

В графах 11, 15, 16, 19 указываются коды в соответствии с классификаторами, утвержденными Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

Реестр счетов подписывается руководителем и главным бухгалтером медицинской организации с расшифровкой подписей, с указанием даты подписания. Подписи скрепляются печатью организации.

11. Образец акта сверки расчетов по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (приложение № 11).

Акт сверки расчетов по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию составляется ежемесячно и формируется по состоянию на 1-е число месяца, следующего за отчетным. В акте указываются сведения о сумме задолженности по оплате медицинской помощи на начало и конец отчетного периода и сведения о движении средств в отчетном периоде по данным бухгалтерского учета страховой медицинской организации (филиала) и медицинской организации.

Акт составляется в целях выявления и устранения причины возникновения расхождений и при их наличии служит основанием для корректировки суммы задолженности по оплате медицинской помощи в данных бухгалтерского учета страховой медицинской организации (филиала) или медицинской организации.

Акт составляется в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон, и подписывается руководителем и главным бухгалтером страховой медицинской организации (филиала) и медицинской организации, с указанием расшифровки подписи и даты. Подписи скрепляются печатями организаций.

12. Образец реестра счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования (приложение № 12).

Реестр счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, формируется медицинской организацией, оказавшей медицинскую помощь застрахованному лицу, и направляется в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи не позднее десяти рабочих дней месяца, следующего за месяцем завершения случая оказания медицинской помощи.

В заголовочной части реестра счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, указывается полное наименование медицинской организации, ОГРН медицинской организации в соответствии с ЕГРЮЛ, период, за который сформирован реестр счетов.

В реестр счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, медицинской организацией вносятся персонифицированные сведения о пролеченном застрахованном лице и персонифицированные сведения об оказанной ему медицинской помощи на основе данных медицинской документации.

Сведения о пролеченном ребенке до государственной регистрации рождения вносятся в реестр счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, на основе персонифицированных данных о матери

или другого законного представителя ребенка в соответствии с документами (паспорт, полис обязательного медицинского страхования, СНИЛС (при наличии) и персонифицированных сведений о лечении ребенка на основе данных медицинской документации).

В графах 9, 14, 15, 18 указываются коды в соответствии с классификаторами, утвержденными Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

Реестр счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, подписывается руководителем и главным бухгалтером медицинской организации с расшифровкой подписей, с указанием даты подписания. Подписи скрепляются печатью организации.

Представление реестра счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, производится в электронном виде в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 января 2011 г. № 29н «Об утверждении порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 февраля 2011 года, регистрационный № 19742).

При технической невозможности представления в электронном виде с соблюдением требований к электронной цифровой подписи подлинность сведений, представленных в электронном виде, подтверждается документом в бумажном виде.

13. Образец счета на оплату медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования (приложение № 13).

Счет на оплату медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, формируется территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи на основе представленных медицинскими организациями реестров счетов, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи.

В заголовочной части счета указывается субъект Российской Федерации, на территории которого оказана медицинская помощь, и субъект Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, указывается вид информации (основная или исправленная), период, за который сформирован счет.

В графах 8, 13, 14, 17 указываются коды в соответствии с классификаторами, утвержденными Федеральным фондом обязательного медицинского страхования в регламенте информационного обмена.

Представление счета на оплату медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, осуществляется в электронном виде в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 25 января 2011 г. № 29н.

При технической невозможности представления в электронном виде с соблюдением требований к электронной цифровой подписи, подлинность сведений, представленных в электронном виде, подтверждается документом в бумажном виде.

Счет подписывается руководителем и главным бухгалтером территориального фонда с расшифровкой подписей, с указанием даты подписания. Подписи скрепляются печатью организации.

14. Образец акта о причинах, требующих дополнительного рассмотрения (приложение № 14).

Акт о причинах, требующих дополнительного рассмотрения, составляется территориальным фондом субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, на основании проведенного медико-экономического контроля счета, представленного территориальным фондом субъекта Российской Федерации, на территории которого оказана медицинская помощь.

В акте указываются позиции счета, не принятые к возмещению полностью или частично, с указанием причин их дополнительного рассмотрения.

Заголовочная часть акта о причинах, требующих дополнительного рассмотрения, содержит реквизиты акта (номер, дата), реквизиты счета (номер, дата), позиции которого требуют дополнительного рассмотрения, наименование территориального фонда по месту оказания медицинской помощи, представившего счет, фамилию, имя, отчество (при наличии) руководителя подразделения и специалиста, осуществивших медико-экономический контроль счета.

В акте указывается номер дополнительно рассмотренной позиции счета, номер полиса обязательного медицинского страхования, сумма по счету, сумма, не принятая к оплате, дефект, нарушение с указанием кода.

В графе 5 «Дефект, нарушение в соответствии с порядком организации и проведения контроля» код дефекта или нарушения указывается в соответствии с порядковыми номерами приложения № 8 к приказу Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 года № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (зарегистрировано Минюстом России 28.01.2011, № 19614).

Акт подписывается руководителем подразделения и специалистом территориального фонда субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, с расшифровкой подписи и датой подписания, и утверждается руководителем данного территориального фонда.

15. Образец акта о причинах, не принятых к оплате по выставленному счету (приложение № 15).

Акт о причинах, не принятых к оплате по выставленному счету, составляется территориальным фондом субъекта Российской Федерации по месту оказания медицинской помощи, на основании актов о причинах, требующих дополнительного рассмотрения, представленных территориальным фондом субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

В акте указываются позиции счета, не принятые к оплате полностью или частично.

Заголовочная часть акта о причинах, не принятых к оплате по выставленному счету, содержит реквизиты акта (номер, дата), реквизиты счета (номер, дата), позиции которого не приняты к возмещению, наименование территориального фонда субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, представившего акт о причинах, требующих дополнительного рассмотрения, фамилию, имя, имя, отчество (при наличии) руководителя подразделения и специалиста данного территориального фонда.

В акте указывается номер не принятой к оплате позиции счета, номер полиса обязательного медицинского страхования, сумма по счету, сумма, не принятая к оплате, дефект, нарушение с указанием кода.

В графе 5 «Дефект, нарушение в соответствии с порядком организации и проведения контроля» код дефекта или нарушения указывается в соответствии с порядковыми номерами приложения № 8 к приказу Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 года № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (зарегистрировано Минюстом России от 28.01.2011, № 19614).

Акт подписывается руководителем подразделения и специалистом территориального фонда по месту оказания медицинской помощи, с расшифровкой подписи и датой подписания и утверждается руководителем данного территориального фонда.

16. Образец акта сверки счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования (приложение № 16).

Акт сверки расчетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, составляется ежегодно перед составлением годовой бухгалтерской отчетности, за период с 1 октября предыдущего отчетного года по 30 сентября отчетного года включительно.

Сверка счетов проводится между территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи и территориальным фондом субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, с составлением акта в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон.

В графах 1, 2 Акта указываются номера, даты, суммы счетов территориального фонда по месту оказания медицинской помощи, предъявленные территориальному фонду по месту выдачи полиса обязательного медицинского страхования и не оплаченные по состоянию на 1 октября предыдущего отчетного года.

В графах 3, 4, 5, 6 Акта отражаются расчеты по счетам, предъявленным территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи территориальному фонду по месту выдачи полиса обязательного медицинского страхования в течение отчетного периода.

В графах 7, 8 Акта указываются номера, даты, суммы счетов территориального фонда по месту оказания медицинской помощи, предъявленные территориальному фонду по месту выдачи полиса обязательного медицинского страхования и не оплаченные по 30 сентября отчетного года включительно.

В графах 9, 10 Акта указываются номера, даты, суммы счетов территориального фонда по месту оказания медицинской помощи, полученные территориальным фондом по месту выдачи полиса обязательного медицинского страхования и не оплаченные по состоянию на 1 октября предыдущего отчетного года.

В графах 11, 12, 13, 14 Акта отражаются межтерриториальные расчеты по счетам территориального фонда по месту оказания медицинской помощи, полученным территориальным фондом по месту выдачи полиса обязательного медицинского страхования в течение отчетного периода.

В графах 15, 16 Акта указываются номера, даты, суммы счетов территориального фонда по месту оказания медицинской помощи, полученные территориальным фондом по месту выдачи полиса обязательного медицинского страхования и не оплаченные по 30 сентября отчетного года включительно.

Акт подписывается руководителем и главным бухгалтером обеих сторон с указанием расшифровки подписи и даты. Подписи скрепляются печатями организаций.

17. Образец реестра счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам медицинской организацией, находящейся за пределами Российской Федерации (приложение № 17).

Реестр счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам медицинской организацией, находящейся за пределами Российской Федерации, формируется медицинской организацией, оказавшей медицинскую помощь застрахованному лицу, и направляется в территориальный фонд субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, не позднее десяти рабочих дней месяца, следующего за месяцем завершения случая оказания медицинской помощи.

В заголовочной части реестра счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам медицинской организацией, находящейся за пределами Российской Федерации, указывается полное наименование медицинской организации, ОГРН медицинской организации в соответствии с ЕГРЮЛ, период, за который сформирован реестр счетов.

В реестр счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам медицинской организацией, находящейся за пределами Российской Федерации, вносятся персонифицированные сведения о пролеченном застрахованном лице, наименование страховой медицинской организации, выдавшей полис обязательного медицинского страхования застрахованному лицу, и персонифицированные сведения об оказанной медицинской помощи на основе данных медицинской документации.

Сведения о пролеченном ребенке до государственной регистрации рождения вносятся в реестр счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, на основе персонифицированных данных о матери ребенка или другого законного представителя в соответствии с документами (паспорт, полис обязательного медицинского страхования, СНИЛС (при наличии) и персонифицированных сведений о лечении ребенка на основе данных медицинской документации.

В графах 11, 16, 17, 20 указываются коды в соответствии с классификаторами, утвержденными Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

Реестр счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам медицинской организацией, находящейся за пределами Российской Федерации, подписывается руководителем и главным бухгалтером медицинской организации с расшифровкой подписей, с указанием даты подписания. Подписи скрепляются печатью организации.

Представление реестра счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам медицинской организацией, находящейся за пределами Российской Федерации, осуществляется в электронном виде в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 января 2011 г. № 29н. При технической невозможности представления в электронном виде с соблюдением требований к электронной цифровой подписи подлинность сведений, представленных в электронном виде, подтверждается документом в бумажном виде.

18. Образец акта сверки расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинской организацией, находящейся за пределами Российской Федерации (приложение № 18).

Акт сверки расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинской организацией, находящейся за пределами Российской Федерации, составляется ежегодно перед составлением годовой бухгалтерской отчетности за период с 1 октября предыдущего отчетного года по 30 сентября отчетного года включительно.

Сверка счетов проводится между территориальным фондом субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, и медицинской организацией, оказавшей медицинскую помощь, с составлением акта в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон.

В графах 1, 2 Акта сверки указываются номера, даты, суммы счетов медицинских организаций, предъявленные территориальному фонду, в котором выдан полис по состоянию на 1 октября предыдущего отчетного года.

В графах 3, 4, 5, 6 Акта отражаются расчеты по счетам, предъявленным медицинскими организациями территориальному фонду, в котором выдан полис ОМС, в течение отчетного периода.

В графах 7, 8 Акта указываются номера, даты, суммы счетов медицинских организаций, предъявленные территориальному фонду, в котором выдан полис в течение отчетного периода и не оплаченные по 30 сентября отчетного года включительно. В графах 9, 10 Акта указываются номера, даты, суммы счетов медицинских организаций, полученные территориальным фондом, в котором выдан полис и не оплаченные по состоянию на 1 октября предыдущего отчетного года.

В графах 11, 12, 13, 14 Акта отражаются расчеты по счетам медицинских организаций, полученным территориальным фондом, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования в течение отчетного периода. В графах 15, 16 Акта указываются номера, даты, суммы счетов медицинских организаций, полученные территориальным фондом, в котором выдан полис, и не оплаченные по состоянию на 1 октября отчетного года.

Акт подписывается руководителем и главным бухгалтером обеих сторон с указанием расшифровки подписи и даты. Подписи скрепляются печатями организаций.

Приложение № 1
к Методическим указаниям ФОМС
от №

В _____
(наименование страховой медицинской организации (филиала)
от _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе (замене) страховой медицинской организации[1]

Прошу зарегистрировать меня (гражданина, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в качестве лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию, в страховой медицинской организации _____
(наименование страховой медицинской организации)

в связи с[2] :

	1) выбором страховой медицинской организации;
	2) заменой страховой медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года;
	3) заменой страховой медицинской организации в связи со сменой места жительства;
	4) заменой страховой медицинской организации в связи с прекращением действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования

и выдать мне (гражданину, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» полис обязательного медицинского страхования[3]:

	1) в форме бумажного бланка;
	2) в форме пластиковой карты с электронным носителем;
	3) в составе универсальной электронной карты гражданина;
	4) отказ от получения полиса

Номер полиса[4]: | | | | | | | | | | | | | | | | | Отсутствует[5] | |

[1] При заполнении заявления исправления не допускаются.
[2] Соответствующий пункт отметить знаком «V».
[3] Соответствующий пункт отметить знаком «V».
[4] Заполняется с ранее полученного полиса обязательного медицинского страхования единого образца.
[5] Отмечается знаком «V», если полис обязательного медицинского страхования единого образца гражданину ранее не выдавался.

С условиями обязательного медицинского страхования ознакомлен. _____ .
(подпись застрахованного лица или его представителя)

1. Сведения о застрахованном лице
1.1. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность[1])

1.2. Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.3. Отчество (при наличии)[2] _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.4. Пол: муж. ☐ жен. ☐ (нужное отметить знаком "V")

1.5. Дата рождения: _____
(число, месяц, год)

1.6. Место рождения: _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.7. Вид документа, удостоверяющего личность[3] _____
1.8. Серия _____1.9. Номер _____
1.10. Дата выдачи _____
1.11.Гражданство:_____
(название государства; лицо без гражданства)

1.12. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации[4] :
а) почтовый индекс
б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)
в) район _____ г) город _____
д) населенный пункт _____
(село, поселок и т.п.)
е) улица (проспект, переулок и т.п.) _____
ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира _____
к) дата регистрации по месту жительства _____

☐ лицо без определённого места жительства[5]

1.13. Адрес места пребывания[6] (указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства):

а) почтовый индекс ☐☐☐☐☐☐

б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)
в) район_____ г) город _____
д) населенный пункт _____
(село, поселок и т.п.)

[1] Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.
[2] При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.
[3] Для лиц, указанных в частях 5 и 7 пункта 7 Правил обязательного медицинского страхования.
[4] Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.
[5] Отмечается знаком «V».
[6] Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.

е) улица (проспект, переулок и т.п.) _____

ж) № дома (владение) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира _____

1.14. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации[1] :

а) вид документа _____

б) серия _____ в) номер _____

г) кем и когда выдан _____

1.15. Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на проживание (пребывание) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства): с _____ по _____

(число, месяц, год) (число, месяц, год)

1.16. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____

(при наличии)

1.17. Контактная информация:

1.17.1. Телефон (с кодом): домашний_____ служебный_____

1.17.2. Адрес электронной почты _____.

2. Сведения о представителе застрахованного лица[2]

2.1. Фамилия _____

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.2. Имя _____

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.3. Отчество (при наличии) _____

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.4. Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором указаны в заявлении:

мать ☐ отец ☐ иное ☐ (нужное отметить знаком “V”)

2.5. Вид документа, удостоверяющего личность _____

2.6. Серия _____ 2.7. Номер_____

2.8. Дата выдачи _____

(число, месяц, год)

2.9. Контактный телефон: код _____ домашний_____ служебный_____

3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

_____ _____

Подпись застрахованного лица/его представителя[3] Расшифровка подписи

Дата: _____

(число, месяц, год)

Заявление принял: _____ _____

(подпись представителя страховой медицинской организации (филиала) (расшифровка подписи)

Выдано временное свидетельство № _____

Дата: _____ М.П.

(число, месяц, год)

[1] Для лиц, указанных в частях 3, 5 и 7 пункта 7 Правил обязательного медицинского страхования.

[2] Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

[3] Нужное подчеркнуть

Приложение № 2
к Методическим указаниям ФОМС
от №

В _____
(наименование территориального фонда обязательного медицинского страхования)

ХОДАТАЙСТВО

_____
(наименование ходатайствующей организации)

о регистрации в качестве застрахованного лица (об идентификации в качестве застрахованного лица)

Прошу зарегистрировать (идентифицировать) (нужное подчеркнуть) гражданина _____
(Ф.И.О. или предполагаемые Ф.И.О.[1])

в качестве лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию.

Сведения о застрахованном лице [15]

1. Фамилия _____
2. Имя _____
3. Отчество (при наличии) _____

4. Пол: муж. ☐ жен. ☐ (нужное отметить знаком "V")

5. Дата рождения :_____
(число, месяц, год)

6. Место рождения :_____
7. Гражданство: _____
8. Адрес места пребывания:

а) почтовый индекс ☐☐☐☐☐☐

б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)

в) район _____ г) город _____

д) населенный пункт _____
(село, поселок и т.п.)

е) улица (проспект, переулок и т.п.) _____

ж) № дома (владение) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира _____

9. Контактная информация[2] :

9.1. Телефон (с кодом): _____ служебный _____

9.2. Адрес электронной почты: _____.

_____ _____
(подпись представителя ходатайствующей организации) (расшифровка подписи)

Дата: _____ М.П.
(число, месяц, год)

[1] Со слов гражданина или по другим основаниям.
[2] Представляется информация о ходатайствующей организации.

Приложение № 3
к Методическим указаниям ФОМС
от №

В _____
(наименование страховой медицинской организации (филиала)

от _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса[1]

Прошу выдать мне (гражданину, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»[2] :

	1) переоформленный полис обязательного медицинского страхования;		1) в форме бумажного бланка;
	2) дубликат полиса обязательного медицинского страхования		2) в форме пластиковой карты с электронным носителем;
			3) в составе универсальной электронной карты гражданина

в связи с[2]:

	1) изменением фамилии, имени, отчества (при наличии), пола, даты или места рождения, места жительства;
	2) установлением неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе;
	3) ветхостью и непригодностью полиса;
	4) утратой ранее выданного полиса;
	5) окончанием срока действия полиса[3].

1. Сведения о застрахованном лице

1.1. ☐ Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации[4]

1.2. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность [5])

1.3. Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.4. Отчество (при наличии)[6] _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

---

[1] Исправления не допускаются.
[2] Соответствующий пункт отметить знаком «V».
[3] Для иностранных граждан и лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации.
[4] В случае совпадения отметить знаком «V». При выборе этого элемента пункты 1.2.-1.11. не заполняются.
[5] Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.
[6] При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

1.5. Пол: муж. ☐ жен. ☐ (нужное отметить знаком "V")

1.6. Дата рождения: _____
(число, месяц, год)

1.7. Место рождения: _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.8. Вид документа, удостоверяющего личность _____

1.9. Серия_____ 1.10. Номер _____

1.11. Дата выдачи _____

1.12. Гражданство: _____
(название государства; лицо без гражданства)

1.13. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации[1] :

а) почтовый индекс ☐☐☐☐☐☐

б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)

в) район _____ г) город _____

д) населенный пункт _____
(село, поселок и т.п.)

е) улица (проспект, переулок и т.п.) _____

ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира _____

к) дата регистрации по месту жительства _____

☐ лицо без определённого места жительства[2]

1.14. Адрес места пребывания[3] (указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства):

а) почтовый индекс ☐☐☐☐☐☐

б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)

в) район _____ г) город _____

д) населенный пункт _____
(село, поселок и т.п.)

е) улица (проспект, переулок и т.п.) _____

ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира _____

1.15. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации[4]:

а) вид документа _____

б) серия _____ в) номер _____

г) кем и когда выдан _____

1.16. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____
(при наличии)

1.17. Контактная информация:

1.17.1. Телефон (с кодом): домашний _____ служебный _____

1.17.2. Адрес электронной почты _____.

---

[1] Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

[2] Отмечается знаком «V».

[3] Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.

[4] Для лиц, указанных в частях 3, 5 и 7 пункта 7 Правил обязательного медицинского страхования.

2. Сведения о застрахованном лице до изменения или исправления анкетных данных[1]

2.1. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в полисе)

2.2. Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в полисе)

2.3. Отчество (при наличии) _____
(указывается в точном соответствии с записью в полисе)

2.4. Пол: муж. ☐ жен. ☐ (нужное отметить знаком "V")

2.5. Дата рождения: _____
(число, месяц, год)

2.6. Место рождения:_____
(указывается в точном соответствии с записью в полисе)

3. Сведения о представителе застрахованного лица[2]

3.1. ☐ Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации[3].

3.2. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

3.3. Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

3.4. Отчество (при наличии) _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

3.5. Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором указаны в заявлении:

мать ☐ отец ☐ иное ☐ (нужное отметить знаком "V")

3.6. Вид документа, удостоверяющего личность: _____
3.7. Серия _____ 3.8. Номер _____
3.9. Дата выдачи _____
3.10. Контактный телефон: код_____ домашний _____ служебный _____
4. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю.

_____ _____
(подпись застрахованного лица/его представителя)[4] (расшифровка подписи)

Дата: _____
(число, месяц, год)

Заявление принял: _____ _____
(подпись представителя страховой медицинской организации (филиала) (расшифровка подписи)

Дата: _____ М.П.
(число, месяц, год)

Выдано временное свидетельство № _____

[1] Указываются в случае замены полиса вследствие изменения, неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе.
[2] Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.
[3] В случае совпадения отметить знаком «V». При выборе этого элемента пункты 3.2.-3.10. заявления не заполняются.
[4] Нужное подчеркнуть.

Приложение № 4
к Методическим указаниям ФОМС
от №

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель страховой медицинской организации (филиала)

_____
(подпись, расшифровка подписи)

м. п.

"___" _____ 20__ г.

Акт № _____
списания и уничтожения полисов обязательного страхования и временных свидетельств, признанных недействительными (или невостребованными) за _____20____ г.

_____
(наименование страховой медицинской организации)

Комиссия по списанию полисов обязательного медицинского страхования и временных свидетельств в составе:

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность работника страховой медицинской организации (филиала)

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность работника территориального фонда обязательного медицинского страхования)

составила настоящий акт о том, что в отчетном месяце _____ 20___ г.

	№ стр	Бумажные полисы (штук)	Электронные полисы (штук)	Временные свидетельства (штук)
1	2	3	4	5
Признано недействительными (или невостребованными), всего	1			
Списано и уничтожено	2			

Члены комиссии:

1. _____
(подпись, расшифровка подписи)

2. _____
(подпись, расшифровка подписи)

3. _____
(подпись, расшифровка подписи)

Акт получил _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и подпись представителя территориального фонда обязательного медицинского страхования)

«__» _____ 20___ г.
М.П.
страховой медицинской организации (филиала)

«__» _____ 20___ г.
М.П.
территориального фонда
обязательного медицинского страхования

СОГЛАСОВАНО
Директор территориального фонда обязательного медицинского страхования

_____
(подпись, расшифровка подписи)

м. п.

«___» _____ 20__ г.

Приложение № 5
к Методическим указаниям ФОМС
от №

Директору _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии)
_____
(наименование территориального фонда ОМС)
от _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя страховой медицинской организации (филиала)

УВЕДОМЛЕНИЕ
об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования

Прошу включить _____
(наименование страховой медицинской организации)
в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования _____
(наименование субъекта Российской Федерации)

Сведения о страховой медицинской организации для включения в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Полное и краткое наименование страховой медицинской организации в соответствии с ЕГРЮЛ	1	
Полное наименование филиала страховой медицинской организации (при наличии)	2	
Адрес (место) нахождения страховой медицинской организации	3	
Адрес (место) нахождения филиала страховой медицинской организации	4	
Код причины постановки на учет (КПП)	5	
Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	6	
Организационно-правовая форма страховой медицинской организации	7	
Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты	8	
Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя филиала, адрес электронной почты	9	
Сведения о лицензии (номер, дата выдачи, дата окончания действия)	10	
Численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации на дату подачи уведомления	11	

Копия лицензии прилагается.

С условиями деятельности в сфере обязательного медицинского страхования ознакомлен.

Руководитель страховой медицинской организации (филиала)

_____ _____ _____
(подпись) (расшифровка подписи) (дата)

Приложение № 6
к Методическим указаниям ФОМС
от №

Директору_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии)
_____
(наименование территориального фонда)
от _____
(должность, фамилия, имя, отчество руководителя страховой медицинской организации (филиала)

УВЕДОМЛЕНИЕ
об исключении из реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования _____
(наименование субъекта Российской Федерации)

Прошу исключить _____
(наименование страховой медицинской организации (филиала)

из реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования _____
(наименование субъекта Российской Федерации)
с _____
(число, месяц, год)
по причине _____

_____

Руководитель страховой медицинской организации (филиала)

_____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)
М.П.
_____
(дата заявления)

Приложение № 7
к Методическим указаниям ФОМС
от №

Директору _____
(фамилия, имя, отчество)
_____
(наименование территориального фонда ОМС)
от_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии)
руководителя медицинской организации,
_____
наименование медицинской организации

УВЕДОМЛЕНИЕ
об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования

Прошу включить _____
(наименование медицинской организации)

в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования _____.
(наименование субъекта Российской Федерации)

Сведения о медицинской организации для включения в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Полное наименование медицинской организации	1	
Фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой	1.1	
Краткое наименование медицинской организации	2	
Адрес (место) нахождения медицинской организации	3	
Адрес (место) нахождения индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой	3.1	
Код причины постановки на учет (КПП)	4	
Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	5	
Организационно-правовая форма медицинской организации	6	

Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты	7	
Номер телефона, факс и адрес электронной почты индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой	7.1	
Наименование, номер, дата выдачи и дата окончания действия разрешения на медицинскую деятельность	8	
Виды медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования	9	

Копия разрешения на медицинскую деятельность прилагается.

С условиями осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования ознакомлен.

Руководитель
медицинской
организации _____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

_____
(число, месяц, год)

Приложение № 8
к Методическим указаниям ФОМС
от №

АКТ №_____
от _____ 20____г.

сверки расчетов по договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования
по состоянию на _____20___года
(месяц)

_____ _____
(наименование территориального фонда обязательного медицинского страхования) (наименование страховой медицинской организации (филиала)

(руб.)

№ п/п	Наименование показателя	По данным страховой медицинской организации (филиала)	По данным территориального фонда обязательного медицинского страхования
1.	Остаток средств в страховой медицинской организации на начало месяца, в том числе:		
1.1	резерв оплаты медицинской помощи		x
1.2	запасной резерв		x
1.3	резерв финансового обеспечения предупредительных мероприятий		x
2.	Перечисленная сумма средств в отчетном месяце всего, в том числе:		
2.1	по дифференцированным подушевым нормативам		
2.2	из средств нормированного страхового запаса		
3.	Общая сумма средств, направленная на расходы на ведение дела		
4.	Размер средств на оплату медицинской помощи		
5.	Остаток средств в страховой медицинской организации (филиала) на конец месяца, в том числе:		
5.1	резерв оплаты медицинской помощи		x
5.2	запасной резерв		x
5.3	резерв финансового обеспечения предупредительных мероприятий		x

Директор территориального фонда обязательного медицинского страхования _____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Главный бухгалтер _____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

Директор страховой медицинской организации (филиала) _____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Главный бухгалтер _____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

Приложение № 9
к Методическим указаниям ФОМС
от №

В _____
(наименование страховой медицинской организации (филиала)

ЗАЯВКА НА АВАНСИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ №____

на _____
(месяц, год)

от_____
(наименование медицинской организации)

в объеме _____
(сумма прописью)

Руководитель медицинской организации _____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Главный бухгалтер медицинской организации _____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

Дата составления заявки: «___»_____20__ г.

Исполнитель _____ _____ _____
(подпись) (расшифровка подписи) (телефон)

Дата принятия заявки: «___»_____20__ г.

Приложение № 10
к Методическим указаниям ФОМС
от №

РЕЕСТР СЧЕТОВ

_____
(наименование медицинской организации, ОГРН в соответствии с ЕГРЮЛ)

за период с _____ по _____

на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в _____
(наименование страховой медицинской организации (филиала)

№ позиции реестра	Фамилия, имя, отчество (при наличии)	Пол	Дата рождения	Место рождения	Данные документа, удостоверяющего личность	Место жительства	Место регистрации	СНИЛС (при наличии)	№ полиса обязательного медицинского страхования	Вид оказанной медицинской помощи (код)	Диагноз в соответствии с МКБ-10	Дата начала и дата окончания лечения	Объемы оказанной медицинской помощи	Профиль оказанной медицинской помощи (код)	Специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь (код)	Тариф на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу	Стоимость оказанной медицинской помощи	Результат обращения за медицинской помощью (код)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Главный бухгалтер _____
(подпись, расшифровка подписи)

М.П.

Исполнитель_____
(подпись, расшифровка подписи)

Дата _____

Приложение № 11
к Методическим указаниям ФОМС
от №

АКТ №____ от _____ 20____г.

сверки расчетов по договору на оказание и оплату медицинской помощи
по обязательному медицинскому страхованию
по состоянию на _____20___года
(месяц)

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

(руб.)

№ п/п	Наименование показателя	По данным медицинской организации	По данным страховой медицинской организации (филиала)
1.	Сумма задолженности по оплате медицинской помощи на начало отчетного месяца		
2.	Общая сумма средств на оплату медицинской помощи по предъявленным счетам на месяц		
3.	Сумма средств, удержанных по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в том числе:		
3.1	по результатам медико-экономического контроля		
3.2	по результатам медико-экономической экспертизы		
3.3	по результатам экспертизы качества медицинской помощи		
4.	Перечисленная сумма средств		
5.	Сумма задолженности по оплате медицинской помощи на конец отчетного месяца		

Руководитель медицинской организации _____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Главный бухгалтер медицинской организации _____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

Директор страховой медицинской организации (филиала) _____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Главный бухгалтер страховой медицинской организации (филиала) _____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

Приложение № 12
к Методическим указаниям ФОМС
от №

РЕЕСТР СЧЕТА № _____ от _____

_____
(наименование медицинской организации и код ОГРН в соответствии с ЕГРЮЛ)

за период с _____ по _____

на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования

№ позиции реестра	Фамилия, имя, отчество (при наличии)	Пол	Дата рождения	Место рождения	Данные документа, удостоверяющего личность	СНИЛС (при наличии)	№ полиса обязательного медицинского страхования	Вид оказанной медицинской помощи (код)	Диагноз в соответствии с МКБ-10	Дата начала лечения	Дата окончания лечения	Объемы оказанной медицинской помощи	Профиль оказанной медицинской помощи (код)	Специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь (код)	Тариф на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу	Стоимость оказанной медицинской помощи	Результат обращения за медицинской помощью (код)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Руководитель медицинской организации _____
(подпись, расшифровка подписи)

Главный бухгалтер _____
(подпись, расшифровка одписи)

М.П.

Исполнитель_____
(подпись, расшифровка подписи)

Дата _____

Приложение № 13
к Методическим указаниям ФОМС
от №

СЧЕТ № _____ от _____

на оплату медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях

_____

(наименование субъекта Российской Федерации)

лицам, получившим полис обязательного медицинского страхования на территории

_____

(наименование субъекта Российской Федерации)

за период с _____ по _____

Вид информации: 0 - основная, 1 - исправленная (нужное указать)

№ позиции счета	Фамилия, имя, отчество (при наличии)	Пол	Дата рождения	Место рождения	Данные документа, удостоверяющего личность	№ полиса обязательного медицинского страхования	Вид оказанной медицинской помощи (код)	Диагноз в соответствии с МКБ-10	Дата начала лечения	Дата окончания лечения	Объемы оказанной медицинской помощи	Профиль оказанной медицинской помощи (код)	Специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь (код)	Тариф на оплату медицинской помощи	Стоимость оказанной медицинской помощи	Результат обращения за медицинской помощью (код)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

Руководитель территориального
фонда ОМС _____
(подпись, расшифровка подписи)

Главный бухгалтер_____
(подпись, расшифровка подписи)

М.П.

Исполнитель_____
(подпись, расшифровка подписи)

Дата _____

Приложение № 14
к Методическим указаниям ФОМС
от №

УТВЕРЖДАЮ

Директор

_____

(наименование территориального фонда обязательного медицинского страхования по месту выдачи полиса ОМС)

_____

(подпись, расшифровка подписи)

«_____» 20 _____года

АКТ № _____ «_____»_____20__г.

о причинах, требующих дополнительного рассмотрения
по счету №____ от _____, полученному
от _____

(наименование территориального фонда по месту оказания медицинской помощи)

Мы, нижеподписавшиеся,

_____,

(фамилия, имя, имя, отчество (при наличии) руководителя подразделения территориального фонда обязательного медицинского страхования по выдачи получения полиса ОМС)

_____,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) специалиста подразделения территориального фонда обязательного медицинского страхования по месту выдачи полиса ОМС)

на основании проведенного медико-экономического контроля реестра счета, представленного

_____

(наименование территориального фонда обязательного медицинского страхования по месту оказания медицинской помощи)

составили настоящий Акт о том, что дополнительного рассмотрения требуют следующие позиции реестра:

№ позиции счета	Номер полиса обязательного медицинского страхования	Сумма по счету (руб.)	Сумма, не принятая к оплате (руб.)	Дефект, нарушение в соответствии с порядком организации и проведения контроля (код)
1	2	3	4	5
	Итого:			

Руководитель подразделения
территориального фонда _____

(подпись, расшифровка подписи)

Специалист подразделения
территориального фонда _____

(подпись, расшифровка подписи)

Приложение № 15
к Методическим указаниям ФОМС
от №

У Т В Е Р Ж Д А Ю

Директор

_____

(наименование территориального фонда обязательного медицинского страхования по месту оказания медицинской помощи)

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

«_____» 20 ____года

АКТ №____ от_____

о причинах, не принятых к возмещению по выставленному счету

_____

(наименование территориального фонда по месту выдачи полиса ОМС)

по счету №_____ от _____

«_____»_____20__г. № _____

Мы, нижеподписавшиеся,

_____,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя подразделения территориального фонда обязательного медицинского страхования по месту оказания медицинской помощи)

_____,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) специалиста подразделения территориального фонда обязательного медицинского страхования по месту оказания медицинской помощи)

на основании актов о причинах, требующих дополнительного рассмотрения, полученных от

_____,

(наименование территориального фонда обязательного медицинского страхования по месту страхования)

составили настоящий Акт о том, что сумма, не принятая к возмещению, составляет:

№ позиции счета	Номер полиса обязательного медицинского страхования	Сумма по счету (руб.)	Сумма не принятая к оплате (руб.)	Дефект, нарушение в соответствии с порядком организации и проведения контроля (код)
1	2	3	4	5
	Итого:			

Руководитель подразделения территориального фонда _____

(подпись, расшифровка подписи)

Специалист подразделения территориального фонда _____

(подпись, расшифровка подписи)

Приложение № 16
к Методическим указаниям ФОМС
от №

АКТ

сверки счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования, по состоянию на _____

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования по месту оказания медицинской помощи								Территориальный фонд обязательного медицинского страхования по месту выдачи полиса обязательного медицинского страхования							
сальдо на начало отчетного периода		номер счета, дата	суммы счетов, предъявленных к возмещению (руб.)	суммы счетов возмещенных (руб.)	суммы счетов, отказанных в возмещении (руб.)	сальдо на конец отчетного периода		сальдо на начало отчетного периода		номер счета, дата	суммы счетов, предъявленных к возмещению (руб.)	суммы счетов возмещенных (руб.)	суммы счетов, отказанных в возмещении (руб.)	сальдо на конец отчетного периода	
№ и дата счета	сумма (руб.)					№ и дата счета	сумма (руб.)	№ и дата счета	сумма (руб.)					№ и дата счета	сумма (руб.)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Итого:															

Директор территориального фонда
по месту оказания медицинской помощи _____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Главный бухгалтер _____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

Директор территориального фонда
по месту выдачи полиса ОМС _____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Главный бухгалтер _____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

Приложение № 17
к Методическим указаниям ФОМС
от №

РЕЕСТР СЧЕТОВ

_____
(наименование медицинской организации, ОГРН в соответствии с ЕГРЮЛ)

за период с _____ по _____

на оплату медицинской помощи застрахованным лицам, получившим полис обязательного медицинского страхования

в _____
(субъект Российской Федерации)

№ позиции счета	Фамилия, имя, отчество (при наличии)	Пол	Дата рождения	Место рождения	Данные документа, удостоверяющего личность	СНИЛС (при наличии)	№ полиса обязательного медицинского страхования	Наименование страховой медицинской организации	Дата регистрации в качестве застрахованного лица	Вид оказанной медицинской помощи (код)	Диагноз в соответствии с МКБ-10	Дата начала лечения	Дата оказания лечения	Объемы оказанной медицинской помощи	Профиль оказанной медицинской помощи (код)	Специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь (код)	Тариф на оплату медицинской помощи	Стоимость оказанной медицинской помощи	Результат обращения за медицинской помощью (код)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Руководитель медицинской организации _____ Главный бухгалтер _____
(подпись, расшифровка подписи) (подпись, расшифровка подписи)

М.П.

Исполнитель_____ Дата _____

Приложение № 18
к Методическим указаниям ФОМС
от №

АКТ

сверки счетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования								Медицинская организация							
сальдо на начало года		номер счета, дата	сумма счета, предъявлено (руб.)	оплачено (руб.)	отказано (руб.)	сальдо на конец года		сальдо на начало года		номер счета, дата	сумма счета, предъявлено (руб.)	оплачено (руб.)	отказано (руб.)	сальдо на конец года	
№ и дата счета	сумма (руб.)					№ и дата счета	сумма (руб.)	№ и дата счета	сумма (руб.)					№ и дата счета	сумма (руб.)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Итого:															

Директор территориального фонда обязательного медицинского страхования _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Главный бухгалтер _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

М.П.

Руководитель медицинской организации _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Главный бухгалтер _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

М.П.

Объем оригинальных статей, включая таблицы, рисунки, литературу и резюме, не должен превышать 10-12 страниц, обзоров и лекций — 12-15 страниц, кратких сообщений — 3-5 страниц. ■

Статья должна быть подписана всеми авторами и руководителем учреждения. Необходимо указать фамилию, имя и отчество автора, с которым редакция будет вести переписку, его адреса, телефоны и другие возможные виды контактов (желательно сообщать e-mail). ■

■ Статья представляется в редакцию в печатном виде в 2-х экземплярах (один экземпляр статьи должен быть заверен печатью учреждения) и на дискете или компакт-диске. Статья должна быть напечатана полуторным интервалом в текстовом редакторе WinWord любой версии, шрифтом Times New Roman 14 пунктов, включая таблицы, литературу, подписи под рисунками, резюме.

■ В выходных данных указываются: инициалы и фамилии авторов; название работы; название учреждения, в котором выполнена работа; город.

Оригинальные статьи научно-теоретического характера строятся по традиционному плану с выделением следующих рубрик: цель, материал и методы, результаты и обсуждение, выводы или заключение. ■

Обзоры, лекции, статьи практического и методического характера строятся по свободному плану. ■

■ Графики, гистограммы и схемы, выполненные в формате Word или Excel, представляются в редакцию в электронном виде на дискете (компакт-диске). Графики, гистограммы, схемы и другие иллюстративные материалы желательно выполнять в цвете с указанием номера рисунка.

■ Микрофотографии, фотографии, слайды, негативы могут быть черно-белыми или цветными. Иллюстративный материал в электронном виде должен быть представлен в формате TIFF с разрешением не менее 600 точек на дюйм для графики и 300 для фотоизображений.

Подписи к рисункам представляются отдельно в конце статьи или отдельным файлом. В них приводятся:
а) название рисунка;
б) объяснение значения всех условных обозначений кривых, букв, цифр и др.
В подписях к микрофотографиям указываются метод окраски (или импрегнации) материала и увеличение. ■

В тексте и на полях статьи должны быть обозначены места рисунков и таблиц (рис. 1, табл. 1. и т.д.). Места, где в тексте помещаются таблицы и рисунки, отмечаются квадратами на поле слева. В квадратах ставятся номера таблиц и рисунков. ■

■ Таблицы должны иметь название, быть компактными, наглядными, заголовки граф должны точно соответствовать их содержанию, для каждого показателя необходимо указать единицы измерения. Все цифры в таблицах должны соответствовать цифрам в тексте и быть обработаны статистически.

■ Сокращения (кроме общепринятых) не допускаются. Условные обозначения специальных терминов при первом упоминании приводятся полностью.

■ Редакция оставляет за собой право при редактировании сокращать материалы статьи. Корректуры авторам не высылаются, вся работа с ними проводится по авторскому оригиналу.

«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС ПО КАТАЛОГУ
«ГАЗЕТЫ. ЖУРНАЛЫ» АГЕНТСТВА «РОСПЕЧАТЬ»

36347