

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ

ISSN 2221-9943



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ
Ф О Н Д
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

МЕДИЦИНСКОЕ

СТРАХОВАНИЕ

В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

5 – 2011

Федеральный закон «Об исполнении бюджета
Федерального фонда обязательного медицинского страхования
за 2010 год»

Правление Федерального фонда обязательного медицинского
страхования

Заседание Совета директоров территориальных фондов ОМС
Сибирского федерального округа



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**«OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE
IN THE RUSSIAN FEDERATION»**

**НАУЧНО–ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
№ 5, 2011**

**«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»
№ 5, 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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Председатель редакционного совета
А.В. Юрин – Председатель ФОМС

Заместитель председателя редакционного совета
В.А. Зеленский – Директор Департамента развития
медицинского страхования Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации, к.э.н.

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 управления и
экономики здравоохранения НИУ ВШЭ
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. Линденбрaten – Заместитель директора по научно-
исследовательской работе национального НИИ общественного
здоровья РАМН, д.м.н., профессор

А.В. Решетников – 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 – Профессор кафедры управления и экономики
здравоохранения НИУ ВШЭ, к.э.н.

С.В. Шишкин – Научный руководитель Института экономики
здравоохранения НИУ ВШЭ, д.э.н.

Г.Л. Юркин – Начальник Управления правовой и международной
деятельности ФОМС

Главный редактор:
Е.А. Политова – Генеральный директор ООО «Дом печати «Столичный
бизнес», к.п.н.

Учредители:
Федеральный фонд обязательного
медицинского страхования
Дом печати «Столичный бизнес»
Журнал издается Домом печати
«Столичный бизнес»
Номер подписан в печать
30.11.2011 года
Тираж: 3000 экз.
Формат: 205 x 275 мм
Объем: 80 полос

Адрес редакции:
Дом печати «Столичный бизнес»
105062, г. Москва, ул. Покровка, 47/24,
Тел.: (495) 916-39-84
E-mail: journal-oms@yandex.ru
www.omsjournal.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»
№ 5, 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

EDITORIAL BOARD:

Chairman of Editorial Board
A.V. Yurin - Chairman of the Federal compulsory health insurance fund

Deputy Chairman of Editorial Board
V.A. Zelensky – PhD in Economic Sciences, the Ministry of Public Health
and Social Development of Russia

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

P.V. Breyev – FCHIF

M.A. Kovalevsky – Professor of the Chair for Public Health Management
and Economics of the National Research University at the 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

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 Service Organization and Information
O.V. Tsaryova – MD, PhD, FCHIF

I.M. Sheyman – PhD in Economic Sciences, Professor of the Chair for
Public Health Management and Economics of the National Research
University at the Higher School of Economics
S.V. Shishkin – Scientific Director of the Institute of Public Health
Economy of the National Research University "Higher Institute of
Economy", PhD, Dr. Economic Sc.
G.L. Yurkin – FCHIF

Editor-in-chief:
E.A. Politova – Director General of the Press House "Capital Business" Ltd.,
PhD in Pedagogic Sc. Chairman of Editorial Board

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
30.11.2011
Circulation: 3000 copies
Format: 205 x 275 mm
Volume: 80 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
www.omsjournal.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

Правление Федерального фонда
обязательного медицинского страхования 4

Заседание Совета директоров
территориальных фондов ОМС
Сибирского федерального округа 6

Новые кадровые назначения 8

ОФИЦИАЛЬНО | ЭКСПЕРТНЫЕ МНЕНИЯ

Комментарии экспертов 10

БЮДЖЕТ ФОМС

М.Н. Зайнутдинова

Об исполнении бюджета Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
за 2010 год 16

Федеральный закон от 6 октября 2011 года
№ 269-ФЗ «Об исполнении бюджета
Федерального фонда обязательного
медицинского страхования за 2010 год 18

НАШИ ПУБЛИКАЦИИ

О.В.Царева, Ю.А.Нечепоренко

Модернизация здравоохранения:
от идей – к воплощению 26

МОДЕРНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Е.Г.Потапчик, Е.В.Селезнева, С.В.Шишкин

Ответственность работодателей за охрану
здоровья работников 30

Д.Ш. Абдулазизов

Повышение качества
медицинской помощи – наша общая цель. 38

ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

М.В. Сулейманов, У.К. Джамалутдинова

Опыт организационно-методической работы
Республиканского фонда обязательного медицинского
страхования «Дагестан». Результаты автоматизированных
проверок эффективности деятельности
участковых врачей-терапевтов в 2007-2010 гг. 40

ОБЗОРНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О НАУЧНЫХ РАЗРАБОТКАХ, ПРОВОДИМЫХ В СИСТЕМЕ ОМС

Краткий обзор тематики диссертаций по теме
«Общественное здоровье и здравоохранение»,
выполненных в 2010-2011 гг. 50

НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ 51

Постановление Правительства Российской Федерации
от 20 июля 2011 г. № 593 «Об особенностях постановки
на учет отдельных категорий страхователей и уплаты
ими страховых взносов на обязательное медицинское
страхование» (52)

Приказ Министерства здравоохранения и социального
развития Российской Федерации от 9 сентября
2011 г. № 1036н «О внесении изменений в правила
обязательного медицинского страхования, утвержденные
приказом Министерства здравоохранения и социального
развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г.
№ 158н «Об утверждении правил обязательного
медицинского страхования» (54)

Приказ Министерства здравоохранения и социального
развития Российской Федерации от 9 сентября 2011 г.
№ 1030н «Об утверждении формы типового договора о
финансовом обеспечении обязательного медицинского
страхования» (62)

Информационное письмо Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации от 15
сентября 2011 г. № 19-5/10/2-9148 (63)

Письмо Министерства финансов Российской Федерации
от 25 июля 2011 г. № 03-00-08/7 (65)

Приказ Федерального фонда обязательного медицинского
страхования от 16 августа 2011 г. № 145 «Об утверждении
формы и порядка ведения отчетности Н ПГ «Организация
защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного
медицинского страхования» (67)

Приказ Федерального фонда обязательного медицинского
страхования от 16 августа 2011 г. № 146 «Об утверждении
форм отчетности» (68)

Информационное письмо Федерального фонда
обязательного медицинского страхования от 8 августа
2011 г. № 5183/30-1/и (69)

Информационное письмо Федерального фонда
обязательного медицинского страхования от 18 августа
2011 г. № 5472/30-и (73)

Информационное письмо Федерального фонда
обязательного медицинского страхования от 5 октября
2011 г. № 6734/30-5/и «О реестрах экспертов качества
медицинской помощи» (75)

Информационное письмо Федерального фонда
обязательного медицинского страхования от 5 октября
2011 г. № 6749/30-и (77)

Правление Федерального фонда обязательного медицинского страхования

10 октября 2011г., Москва

Правлением ФОМС рассмотрен и согласован проект федерального закона «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2012 год и на плановый период 2013 и 2014 годов»

Правление ФОМС отметило, что представленный проект федерального закона «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2012 год и на плановый период 2013 и 2014 годов» (далее – проект закона) отвечает основным целям и задачам бюджетной политики на 2012 - 2014 годы, определенными в Бюджетном послании Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации о бюджетной политике в 2012 - 2014 годах, требованиям Бюджетного кодекса Российской Федерации и положениям Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Основные характеристики бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - Фонд) на очередной финансовый год и двухлетний плановый период сформированы на основе прогноза социально-экономического развития Российской Федерации на 2012 - 2014 годы.

Бюджет Фонда по доходам сформирован на 2012 год в сумме 891,7 млрд. рублей, на плановый период 2013 и 2014 годы доходы составят соответственно: 1 034,4 млрд. рублей и 1 188,5 млрд. рублей.

Расходы бюджета Фонда на 2012 год определены в сумме 891,7 млрд. рублей, на плановый период 2013 и 2014 годов расходы составят соответственно: 1 034,4 млрд. рублей и 1 188,5 млрд. рублей.

Всего планируемый объем поступления страховых взносов составит в 2012 году 537,1 млрд. рублей, в 2013 году - 607,0 млрд. рублей, в 2014 году - 707,2 млрд. рублей.

Суммы учтенных в бюджете Фонда межбюджетных трансфертов из федерального бюджета составляют на 2012 год 51,81 млрд. рублей, на 2013 год - 50,43 млрд. рублей и на 2014 год - 18,81 млрд. рублей.

Расходы Фонда за счет средств ОМС в 2012 году составят 886,8 млрд. рублей, в 2013 году - 1 034,4 млрд. рублей, в 2014 году 1 188,59 млрд. рублей.

В соответствии со статьей 5 законопроекта средства на 2012 год в сумме 244,1 млрд. рублей планируется направлять на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, а также программ модернизации федеральных государственных учреждений, подведомственных Минздравсоцразвития России и ФМБА России.

В целях финансового обеспечения расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при выполнении полномочий Российской Федерации по ОМС, переданных для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации федеральными законами, в бюджете Фонда предусмотрены субвенции бюджетам территориальных фондов ОМС на 2012 год в сумме 603,3 млрд. рублей.

Законопроект предусматривает направление в 2012 году в бюджет Фонда социального страхования Российской Федерации межбюджетных трансфертов в объеме 19 030,0 млн. рублей на оплату учреждениям государственной и муниципальной систем здравоохранения, учреждениям, подведомственным государственным академиям наук, медицинским организациям, участвующим в реализации территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, а также иным организациям, в которых в установленном законодательством Российской Федерации порядке, размещен государственный или муниципальный заказ, услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни.

Рассмотрен и одобрен проект федерального закона «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» (далее – законопроект) и отмечено, что законопроект разработан в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон).

Законопроектом устанавливаются размер и порядок расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование для неработающего населения, уплачиваемого страхователями этой категории – органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации – в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования, начиная с 2012 года.

Размер страховых взносов на ОМС неработающего населения в субъекте Российской Федерации в 2012 - 2014 годах определяется в порядке, установленном Федеральным законом.

Рассмотрены и одобрены проекты федеральных законов «О внесении изменений в главу 2 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в

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

Проектом федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» предлагается внесение изменений в статью 50 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в целях уточнения порядка реализации программ модернизации здравоохранения в 2011 - 2012 годах.

Проектом федерального закона «О внесении изменений в главу 2 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» предлагается установить порядок изъятия полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, переданных для осуществления органам государственной власти субъекта Российской Федерации, в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения органами государственной власти субъекта Российской Федерации указанных полномочий.

Заседание Совета директоров территориальных фондов ОМС Сибирского федерального округа

28-29 сентября 2011 г., Томск



Участники заседания Совета директоров территориальных фондов ОМС Сибирского федерального округа. (28-29 сентября 2011 г., Томск)

28-29 сентября 2011 года в Томске состоялась конференция «О ходе реализации Федерального закона от 29.11.2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» с участием Председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования А.В. Юрина, директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования Сибирского федерального округа, Губернатора Томской области В.М. Кресс, представителей Всемирного банка, ведущих научных сотрудников Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики».

На конференции обсуждались региональные особенности и опыт деятельности участников сферы обязательного медицинского страхования в условиях одноканального финансирования.

Акцент был сделан в части осуществления мероприятий по поэтапному переходу на одноканальное финансирование и оплату медицинской помощи по полному тарифу в системе обязательного медицинского страхования.

Определяя пути и этапы внедрения одноканального финансирования, используя опыт пилотных территорий

был принят ряд решений, которые направлены на необходимость разработки порядка внедрения стандартов оказания медицинской помощи, разъяснений для ТФОМС и СМО по организации финансирования в январе 2012 года и возврату остатков резервов, разъяснений о предоставлении медицинской помощи медицинскими организациями, находящимися вне территории Российской Федерации в рамках обязательного медицинского страхования.

Обозначена необходимость в подготовке рекомендации по программе подготовки экспертов качества медицинской помощи в субъектах Российской Федерации, рассмотрении вопросов, связанных с изменениями структуры тарифа в отношении ограничения до 100 000 рублей при покупке оборудования, внесения изменений, учитывающих оплату медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, в приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16.12.2010 №240 «Об утверждении порядка и формы предоставления отчетности об использовании средств на цели по реализации региональных программ модернизации здраво-

охранения субъектов Российской Федерации в период 2011-2012 годов», принятие мер по усилению контроля со стороны территориальных фондов обязательного медицинского страхования за ходом реализации региональных программ модернизации здравоохранения.

Территориальному фонду обязательного медицинского страхования Томской области рекомендовано организовать на базе ТФОМС Томской области цикл семинаров по внедрению современных механизмов оплаты медицинской помощи в целях внесения предложений по совершенствованию финансовых механизмов перехода отрасли на страховой принцип организации и оплаты медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования.

В рамках конференции состоялось заседание Совета директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования Сибирского федерального округа.

В повестку были включены наиболее актуальные вопросы работы фондов по основным направлениям деятельности. Подведены итоги деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования Сибирского федерального округа по реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования. Важным достижением стало обеспечение роста финансирования программ обязательного медицинского страхования в первом полугодии текущего года.

Важное место было уделено вопросу реализации программ модернизации здравоохранения. Отмечены первые положительные итоги, во многом благодаря средствам программы модернизации на внедрение стандартов и повышение доступности амбулаторной медицинской помощи во всех регионах Сибирского федерального округа наблюдается увеличение заработной платы медицинских работников.

На уровне территориальных фондов в регионах проводится мониторинг выполнения мероприятий программы, обеспечена работа представителей фондов в межведомственных рабочих группах по контролю за реализацией региональных программ модернизации здравоохранения.

По результатам заседания Совета директоров был принят ряд решений, которые в первую очередь, направлены



ОГБУЗ Томская областная клиническая больница

на организацию эффективного контроля за выполнением региональных программ модернизации здравоохранения и деятельность страховых медицинских организаций в части выполнения установленных объемов экспертиз качества медицинской помощи, соблюдения оснований для выписки временных свидетельств и сроков выдачи полисов.

Новые кадровые назначения

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования



Трасючев Игорь Олегович – назначен на должность начальника Контрольно-ревизионного управления Федерального фонда обязательного медицинского страхования на основании приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19 октября 2011 г. №256-Л. Трасючеву И.О. 60 лет. В 1974 году окончил Астраханский государственный медицинский институт по специальности «Врач-лечебник». Защитил кандидатскую диссертацию, кандидат медицинских наук.

С 1974 по 1980 гг. – стажер-исследователь клинического отдела, младший научный сотрудник, Астраханского филиала ЦНИИЭ МЗ СССР. С 1980 по 1989 гг. – старший научный сотрудник бактериологической лаборатории Астраханской противотуберкулезной станции. С 1985 по 1993 гг. – руководитель лаборатории клинической иммунологии Астраханской ЦНИИЭ МЗ СССР. С 1993 по 1998 гг. – заместитель исполнительного директора Астраханского областного территориального фонда ОМС – начальник отдела координации деятельности финансов фонда. С 1998 по 2000 гг. – заместитель исполнительного директора АОФОМС. С 2000 по 2004 гг. – первый заместитель исполнительного директора АОТФОМС. С 2004 по 2005 гг. – заместитель исполнительного директора по организации системы ОМС. Заместитель главного врача городской клинической больницы №67 Департамента здравоохранения города Москвы. С 2005 по 2008 гг. – начальник Отдела ревизий и проверок Контрольно-ревизионного управления Федерального фонда обязательного медицинского страхования. С 2008 по 2011 гг. – заместитель начальника Контрольно-ревизионного управления Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Смоленской области



Гончаров Александр Константинович – назначен на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Смоленской области 19.09.2011г. на основании распоряжения Администрации Смоленской области от 12.09.2011 г. № 1529-р/адм.

Гончаров А.К., 1964 года рождения. В 1998 году окончил юридический институт МВД России по специальности «Юриспруденция».

С 1982 по 1985 гг. проходил службу в Вооруженных силах. С 1985 по 2002гг. служил в органах МВД. С 2002 по 2009 гг. специалист службы безопасности, начальник отдела безопасности, директор Департамента безопасности в банковских учреждениях. С 2010 г. начальник отдела безопасности, заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Смоленской области.

Брянский территориальный фонд обязательного медицинского страхования

В результате автомобильной катастрофы 6 октября 2011 года трагически погибли директор ТФОМС Брянской области Беликов Геннадий Николаевич, заместитель директора фонда Квитко Елена Васильевна и водитель Копылов Сергей Владимирович.



Беликов Геннадий Николаевич родился 1 января 1953 года в селе Нивное Суражского района Брянской области. По окончании Смоленского государственного медицинского института в 1975 году работал врачом-хирургом-онкологом Брянского областного онкологического диспансера, врачом-хирургом Брянской областной больницы №1.

С июня 2005 года по 6 октября 2011 года возглавлял Брянский территориальный фонд ОМС.



Квитко Елена Васильевна родилась 18 февраля 1973 года в г.Стародуб Брянской области. По окончании Брянской государственной сельскохозяйственной академии с 1996 года работала в Брянском территориальном фонде ОМС.

С июля 2007 года по 6 октября 2011 года работала заместителем директора фонда по экономическим вопросам.

Выражаем соболезнования родным и близким погибших.



«Круглый стол» Общероссийского народного фронта

16 сентября 2011 г.



А.В. Юрин
Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования

«Практически уже с января 2012 года мы готовы предоставлять субъектам Российской Федерации те средства из расчета 1 миллион рублей на одного молодого специалиста, изъявившего желание переехать в сельскую местность в том объеме, в котором объявит субъект», – сказал Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования А.В. Юрин в ходе «круглого стола» Общероссийского народного фронта 16 сентября 2011 г.

Ранее Председатель Правительства Российской Федерации В.В. Путин на межрегиональной конференции в Череповце заявил о том, что медицинским специалистам, которые готовы переехать в село будут выплачиваться подъемные в размере 1 миллиона рублей.

А.В. Юрин в ходе «круглого стола» обратился к руководителям здравоохранения субъектов Российской Федерации с тем, чтобы они уже сейчас подготовили список тех специалистов, которые готовы с 2012 года выехать на работу в сельскую местность: «Все руководители высших исполнительных органов субъектов Российской Федерации получили нашу просьбу о том, что мы очень просили до конца сентября примерный прогнозный объем количества молодых специалистов, которые предполагают в следующем году выехать на работу в сельскую местность».

В категорию молодых специалистов попадают молодые врачи, не достигшие 35-летнего возраста и готовые в течение пяти лет отработать на селе.

Комментарий эксперта



В.В. Власов
д.м.н., профессор Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики»

Как известно, текущее российское законодательство утратило положения, обязывающие оказывать врачам на селе экономическую поддержку.

Достоинство признания быстрого решения о выделении средств на поддержку молодых врачей на селе. Я надеюсь, что регионы отреагируют быстро, и врачи в 2012 году получат эти деньги. Хотелось бы верить, что правительство и законодатели оперативно создадут законодательную базу для такой поддержки врачей и найдут в бюджете средства для компенсации таких расходов ФОМС, они ведь могут работать быстро, если захотят.

Думаю, что меня, так же, как руководителей здравоохранения регионов беспокоит то, что это решение не касается врачей, начавших работать на селе в 2010 и 2011 годах. Эти люди так же достойны поддержки.



РИА НОВОСТИ

Круглый стол «От чего не застраховано наше здравоохранение?»

5 октября 2011г.

А.В. Юрин

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования

«В настоящее время Федеральным фондом обязательного медицинского страхования ведется работа по созданию единой базы застрахованных граждан. Это станет эффективным инструментом учета в системе обязательного медицинского страхования, т.к. за каждым застрахованным в страховую организацию и медицинскую организацию поступают средства. Персонифицированный учет позволит осуществлять контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования и определять потребности в объемах медицинской помощи.

Стоит важная задача - повышение эффективности работы страховых медицинских организаций, направленной на улучшение качества медицинских услуг. Согласно данным за прошлый год, сумма материального возмещения, взысканных страховыми компаниями в досудебном порядке составила 27,8 млн рублей, такая сумма была возвращена пациентам по их жалобам и обращениям. Сумма возмещения ущерба по удовлетворенным судебным искам составила 23,6 млн рублей. При проведении контроля объемов и качества медицинской помощи удержано с медицинских организаций 13,7 млрд рублей по

различным основаниям: предъявление необоснованных счетов, нарушение качества обслуживания и т.д. В дальнейшем система защиты качества медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования будет совершенствоваться.

На сегодня приняты меры для повышения эффективности работы страховых медицинских организаций. Повышены требования к уставному капиталу, минимальное значение которого с 1 января 2012 года должно вырасти с 30 миллионов рублей до 60 миллионов рублей, что определит естественный процесс сокращения и укрупнения страховых компаний. С этого года человек имеет право свободного выбора страховой компании, и теперь компаниям необходимо работать с конкретными гражданами, это очень важный элемент, своего рода начало поворота системы ОМС к конкретному человеку».

Комментарии экспертов



А.П. Сандимиров
генеральный директор СМО
«РЕСО-Мед»

В России хорошая система обязательного медицинского страхования в смысле механизмов работы, много хороших специалистов в ряде регионов. Разработана качественная методология, по которой можно просчитать и потенциальные риски, и пути развития рынка. У страхового сообщества налаживаются

все более продуктивные рабочие связи с Федеральным фондом ОМС, который мы воспринимаем как партнера. Очень радует более жесткая позиция Фонда в отношении нормотворческой деятельности, стандартизация информационного обмена. Мы поддерживаем эту работу и активно в ней участвуем

На мой взгляд, конечная цель системы ОМС проста - создание заинтересованности общества в инвестировании средств в здравоохранение. Наличие механизма страхования помогает развивать систему по адекватному образцу, стимулировать приток инвестиций в большие медицинские центры с высокой пропускной способностью. Надеюсь, что эти идеи будут реализованы, потому что сейчас средства частных инвестиций направляются в основном в частное здравоохранение, где проще получить экономическую отдачу. А новое законодательство в сфере обязательного медицинского страхования в конечном итоге стимулирует развитие системы здравоохранения в целом.



Н.Н. Торопова
генеральный директор СМО
ООО «МСК «МЕДСТРАХ»

Почти год назад законодатель установил новый порог уставного капитала для страховых медицинских организаций и определил период, в течение которого СМО обязаны довести свой уставный капитал до 60 млн. руб. Из системы обязательного медицинского страхования на 2012 год естественным образом выходят мелкие региональные компании, которые в силу ограниченности в кадровых и финансовых ресурсах не могут обеспечить достойный профессиональный сервис и защиту прав застрахованных. Как отметил Андрей Владимирович, эта мера обеспечит внедрение единых подходов к работе СМО на всей территории Российской Федерации. Качественно новому уровню взаимодействия СМО и застрахованных в немалой степени способствует и разъ-

яснительная работа Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Действительно, если раньше выбор страховой медицинской организации за гражданина осуществлял работодатель или орган исполнительной власти территории, то теперь это право принадлежит каждому застрахованному. Это является важнейшим стимулом для СМО оперативно и профессионально работать с каждым обращением, с каждой жалобой, обеспечивать дополнительный сервис для застрахованных, используя современные виды связи (SMS-оповещение о готовности полисов, контакты с застрахованными через сайты, e-mail), вводить круглосуточный график работы пунктов выдачи полисов.

Я думаю, что заложенные федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» основы обеспечат реальную конкуренцию между СМО за застрахованного гражданина. Кроме того, финансируемая Федеральным фондом ОМС с привлечением средств бюджетов субъектов Российской Федерации программа модернизации будет способствовать решению важных задач, стоящих перед российским здравоохранением, особенно на муниципальном уровне – обеспечить доступность медицинской помощи для населения и вывести ее на новый организационный и технологический уровень.



Минздравсоцразвитием России внесен в Государственную Думу законопроект о едином тарифе страховых взносов в фонды обязательного медицинского страхования за неработающее население.

Комментарий эксперта



В.А. Зеленский
директор Департамента развития
медицинского страхования
Минздравсоцразвития
России

Мы устанавливаем единый размер тарифа по аналогии с отчислениями работодателя за своих сотрудников.

Чтобы регионы постепенно перешли к новому порядку, им предпочтительнее прибавлять по 25% ежегодно к существующему тарифу. В конечном счете, это позволит плавно выйти на планку платежей, которая рассчитана для каждой территории. С 2015 г. размер платежей будет определяться централизованно. По оценке экспертов в 2015 г. стоимость программы ОМС в нашей стране достигнет 1 трлн. 400 млрд. рублей. Таким образом, она станет в три раза больше стоимости этой программы сегодня.

В настоящее время работодатель платит в среднем за одного работника ежегодно 9 тыс. рублей в фонд ОМС, хотя средний размер взноса за одного неработающего по регионам не превышает 3 тыс. Эта разница должна

быть сокращена. Планируется, что работодатель станет отчислять в ближайшие годы в среднем 14 тыс. рублей за одного работника, а субъекты РФ – 7,3 тыс. рублей за одного неработающего.

Единый тариф ОМС за неработающее население составит к 2015 г. 18,9 тыс. рублей. Первую приведенную сумму будут платить те регионы, для которых установят максимальный региональный коэффициент. Для некоторых субъектов Российской Федерации, наоборот, введут поправочный коэффициент, уменьшающий сумму выплаты. Например, к 2015 г. в центральных регионах России предполагается установить понижающий коэффициент – 0,33.

Программа ОМС увеличит свои доходы, но возрастут и расходы. Сегодня, как известно, ОМС оплачивает лечебным учреждениям пять статей расходов (заработная плата с начислениями, затраты на медикаменты, расходные материалы и мягкий инвентарь). С 2013 г. все лечебные учреждения будут финансироваться с помощью одноканального финансирования – через систему ОМС. К этому надо добавить еще, что такие виды медицинской помощи, например, как скорая медицинская помощь, также войдут в программу ОМС к 2013 г.

Как и работодатели, администрации будут платить платежи за неработающее население по закону. Если они это не сделают вовремя, то будут вынуждены заплатить штрафные санкции. В отличие от дня сегодняшнего, когда регион самостоятельно определяет размер такого платежа, в дальнейшем следит за его уплатой, по новому закону – все будет подсчитано централизованно. Я напомню, что это обстоятельство было одним из оснований, почему в принятом законе об ОМС обязательное медицинское страхование отнесено к федеральным полномочиям, которое делегируется регионам.

Почему такие изменения очень нужны? С 2015 г. финансирование здравоохранения будет осуществляться, исходя не из того сколько собрано средств, а учитывая сумму, необходимую региону для выполнения программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. Соответственно выравнивающая составляющая изначально закладывалась в закон об ОМС, чтобы медицинская помощь по всем регионам страны оказывалась по единым стандартам и порядкам, оставаясь доступной. Это позволит проводить лучшее лечение, повысить заработную плату врачам, ввести более действенный контроль за качеством работы лечебных учреждений.

О приказе Минздравсоцразвития России от 09.09.2011г. № 1036н «О правилах обязательного медицинского страхования»



С.Г. Кравчук
начальник Управления органи-
зации ОМС ФОМС

«С целью реализации отдельных статей Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», вступающих в силу с 1 января 2012 года, которые регулируют взаимодействие участников обязательного медицинского страхования, Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации подготовлены Изменения в Правила обязательного медицинского страхования (приказ от 9.09.2011 № 1036н).

Приказом утверждено Положение о Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, определен ее состав, в который на паритетных началах входят представители органа исполни-

тельной власти субъекта Российской Федерации, территориального фонда ОМС, страховых медицинских организаций и медицинских организаций, представители профессиональных союзов или их объединений (ассоциаций), работающих на территории субъекта Российской Федерации.

Комиссия будет разрабатывать проект территориальной программы ОМС, в том числе вырабатывать предложения по видам медицинской помощи, перечню заболеваний, порядку и условиям предоставления медицинской помощи по ОМС, включая сроки ожидания медицинской помощи, распределять объемы предоставления медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями.

Кроме того, приказом внесены изменения в порядок финансового взаимодействия между территориальными фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями в части конкретизации целевых средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, и собственных средств страховой медицинской организации, предусмотрена возможность направления в страховые медицинские организации и медицинские организации вознаграждений за выполнение целевых значений доступности и качества медицинской помощи».

Комментарий эксперта



С.В.Плехов
*заместитель генерального ди-
 ректора ОАО «СК «СОГАЗ-Мед»,
 заместитель председателя
 Комитета Межрегионального
 союза медицинских страхов-
 щиков по работе с органами
 государственной власти и СМИ*

Изменения и дополнения в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Минздравсоцразвития России, внесены в соответствии с Федеральным законом об обязательном медицинском страховании и в первую очередь связаны с вступлением в силу отдельных статей данного Закона с 1 января 2012 года.

Кроме того, изменения коснулись некоторых норм действующих Правил ОМС. Особенно хочется отметить, что отрегулирован казался бы мелкий, но на самом деле очень важный для страховых медицинских организаций (СМО) вопрос о сроках передачи информации о застрахованных лицах в территориальные фонды ОМС (ТФОМС). В соответствии с предыдущей редакцией Правил обязательного медицинского страхования, страховая медицинская организация обязана передавать сведения в территориальный фонд обязательного медицинского страхования в день обращения гражданина, с чем у медицинских страховщиков было связано много проблем. Во-первых, мы стараемся вести прием граждан и застрахованных до 18, и даже до 20 часов. Получается, что для передачи в ТФОМС, информационные данные о застрахованных лицах надо передавать поздно вечером и ночью! Это крайне неудобно и собственно ограничивало возможность для СМО расширить временные рамки приема граждан с учетом более удобного для них времени. Кроме того, не во всех регионах Российской Федерации устойчиво работает интернет (особенно в сельской местности), поэтому, медицинские страховщики в этом случае вынуждены ограничивать время работы с гражданами до 14 -15 часов дня, чтобы потом гарантировано передать информацию в территориальный фонд обязательного медицинского страхования. Гражданам такой подход был, конечно, неудобен. Мы о данной проблеме сигнализировали в Федеральный Фонд обязательного медицинского страхования и вот видим, что она нашла свое решение.

Новая редакция данной нормы дает право СМО со дня обращения застрахованного лица передать сведения в Территориальный фонд ОМС в течение следующего рабочего дня.

Касаясь деятельности Федерального фонда ОМС в последние годы, хочется отметить ее очень профессио-

нальный, взвешенный и скрупулёзный характер. Страховым медицинским организациям в настоящее время приходится часто обращаться в Федеральный фонд ОМС и Минздравсоцразвития России за разъяснениями. Это связано с тем, что практика применений многих положений нового Закона об обязательном медицинском страховании еще только складывается, и у субъектов и участников системы ОМС часто существуют разные мнения по применению тех или иных его норм, что вызывает разного рода спорные ситуации. Хочется поблагодарить руководство и работников ФОМС, за то, что подобные наши обращения не остаются без адекватной реакции. И в выпускающихся методических материалах Федерального фонда ОМС мы находим необходимые нам ответы и решения.

Последнее время исключительно положительную роль в деятельности СМО играет сложившаяся практика проведения рабочих совещаний руководства Федерального фонда ОМС с авторитетными профессиональными объединениями медицинских страховщиков. Хотелось бы, чтобы такой диалог, ведущийся в первую очередь в интересах наших застрахованных граждан, был продолжен.

Касаясь новых нормативных документов, хочу отметить, что меняется методика расчета дифференцированных подушевых нормативов для определения суммы финансовых средств, в рамках которой страховая медицинская организация сможет оплачивать медицинскую помощь. На наш взгляд, внесенные в методику изменения, дают основания для более точных расчетов, в чем СМО очень заинтересованы, поскольку в случае экономии средств, определенных исходя из дифференцированных подушевых нормативов и численности застрахованных лиц, страховая медицинская организация будет получать дополнительный бонус.

В связи с изменением с 1 января 2012 года финансового механизма в системе ОМС Правила обязательного медицинского страхования дополнены новым порядком взаимодействия территориальных фондов и страховых медицинских организаций в вопросах финансовых взаимоотношений. В новом документе четко прописаны последовательные действия каждого участника системы обязательного медицинского страхования в данном вопросе.

Законом установлена норма, согласно которой СМО обязана оплачивать медицинскую помощь медицинской организации в утвержденных для нее объемах, а в совокупности вести оплату в рамках утвержденных объемов для самой страховой медицинской организации. Сами же объемы медицинской помощи по закону должны утверждаться Комиссией по формированию программы обязательного медицинского страхования.

Правилами обязательного медицинского страхования конкретизировано, что должно быть учтено при установлении объемов медицинской помощи и установлено, что

они подлежат обоснованной последующей корректировке. Это очень важно в условиях свободного выбора застрахованными лицами медицинских организаций, а также в ситуациях, когда новые СМО в заявительном порядке входят в систему ОМС нового для них региона.

Также утверждено Положение о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования. Очень важно, что в состав Комиссии на паритетных началах должны входить представители исполнительных органов власти, страховых компаний, а также медицинских организаций, их профессиональных союзов или объединений. Это одно из важнейших положений документа, так как участие всех заинтересованных сторон в формировании Программы обязательного медицинского страхования, надеемся, обеспечит прозрачность и объективность ее формирования.

Комиссией определяется предположительный объем медицинской помощи, которая будет в течение года оказана застрахованным, рассчитывается тариф на оказание этой помощи, объемы и деньги распределяются между страховщиками и медицинскими организациями. У всех участников системы обязательного медицинского страхования появилась возможность работать в данных комиссиях через своих представителей, влиять на формирование тарифа, заблаговременно получать информацию о запланированных на территории объемах медицинской помощи, и их стоимости, в том числе и у страховых медицинских организаций. В тоже время надеемся, что нам удастся избежать перегибов, связанных с необоснованным увеличением тарифов на медицинские услуги или лоббированием кем бы то ни было так называемых «своих медицинских организаций», поскольку для СМО важно, чтобы соответствующие объемы медицинской помощи были распределены на тех, кто лечит качественно, а не на тех, кого надо «поддержать».

Со следующего года средства, которые будут поступать из Территориальных фондов ОМС в страховые медицинские организации, являются средствами целевого финансирования. Закон впервые ввел понятие «собственные средства страховой медицинской организации», формирование которых конкретизировано в Типовом договоре о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

Новшество Договора - это установление показателей деятельности страховой медицинской организации в субъекте Российской Федерации, за выполнение которых предусмотрена выплата вознаграждения СМО. И на это предусматриваются средства в бюджетах фондов. Таким образом, через механизмы финансовой мотивации страховых медицинских организаций будет повышаться качественный уровень их работы. Такой подход к вопросу повышения качества страховых услуг в системе обязательного медицинского страхования для населения можно только приветствовать.

В целом, принятые документы определяют следующий этап реформирования системы обязательного ме-

дицинского страхования, конечной целью которого является повышения качества и доступности медицинской помощи для граждан РФ.

В то же время, мы, в рамках Межрегионального союза медицинских страховщиков, считаем, что работа по совершенствованию принятого Федерального Закона об обязательном медицинском страховании и действующей нормативной базы ОМС не может останавливаться. У нас есть новые наработки и предложения по таким важным вопросам как введение рискованной составляющей в деятельность СМО, усиление конкуренции, совершенствованию системы регрессов, применения штрафных санкций в системе обязательного медицинского страхования, поэтому мы надеемся, что наш диалог по этим вопросам с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и всеми заинтересованными государственными и негосударственными структурами будет продолжена.

УДК 614.2

Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2010 год

М.Н. Зайнутдинова

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования



М.Н. Зайнутдинова

Резюме

В целом доходы бюджета Фонда в 2010 году составили 101 843 605,4 тыс. рублей. За 2010 год сумма средств, переданных Фонду из федерального бюджета, составила 4 734 000,0 тыс. рублей. Объем расходов бюджета Фонда за 2010 год составил 109 123 972,7 тыс. рублей. На выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов ОМС в рамках базовой программы ОМС в 2010 году в бюджеты территориальных фондов ОМС направлено 86 175 288,7 тыс. рублей. На проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан в 2010 году направлено 4 155 845,6 тыс. рублей, или 103,9% от

суммы, предусмотренной в бюджете Фонда на 2010 год за счет использования остатков. На проведение диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации в 2010 году направлено 795 718,3 тыс. рублей, или 108,4% к бюджетным назначениям за счет использования остатков.

Ключевые слова: бюджет ФОМС, бюджеты территориальных фондов ОМС, межбюджетные трансферты федерального бюджета, субсидии Федерального фонда ОМС, нормированный страховой запас ФОМС.

В.А. Петренко, Председатель Комитета Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению о Федеральном законе «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2010 год».



В.А. Петренко

«Исполнение бюджета ФОМС можно признать практически полным. Наш Комитет довольно плотно работал с Фондом. Нами проводились совместные «круглые столы», многочисленные обсуждения работы Фонда. На сто процен-

тов были профинансированы такие важнейшие направления, как диспансеризация работающих граждан, в которой приняли участие свыше трех млн. человек, детская диспансеризация, а также медобслуживание беременных женщин. Все региональные составляющие были исполнены строго в указанные сроки. Поэтому хочу поблагодарить коллектив Фонда за прекрасную работу».

Для корреспонденции:

Зайнутдинова Мадина Нургалиевна – заместитель начальника Финансово-экономического управления ФОМС

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

Адрес: 127994, г. Москва, ул. Новослободская, д. 37

Телефон: (499) 973-49-27, (495) 987-03-80 доб.1141. E-mail: mzajnutdinova@ffoms.ru

Madina N. Zaynutdinova – Deputy Head of the Financial Economic Department of the Federal Obligatory Medical Insurance Foundation (FOMIF) Address: 37, Ul. Novoslobodskaya, Moscow, 127994, Russia

Tel.: (499) 973-49-27, (495) 987-03-80 add.1141. E-mail: mzajnutdinova@ffoms.ru

Финансовая деятельность Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее соответственно - Фонд, ОМС) осуществлялась в 2010 году в соответствии с целями, установленными Федеральным законом «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2010 год и на плановый период 2011 и 2012 годов», организовывалась на основе бюджетной росписи расходов бюджета Фонда, с учетом вносимых в нее изменений.

В целом доходы бюджета Фонда в 2010 году составили 101 843 605,4 тыс. рублей. Доходы бюджета Фонда без учета межбюджетных трансфертов из федерального бюджета составили 97 109 605,4 тыс. рублей (95,4% к общему объему поступивших средств), из них страховые взносы на ОМС, зачисляемые в бюджет Фонда, 91 027 827,3 тыс. рублей, единый социальный налог 4 888 628,7 тыс. рублей, налоги, взимаемые в связи с применением упрощенной системы налогообложения, 805 954,4 тыс. рублей, единый налог на вмененный доход и единый сельскохозяйственный налог 358 553,5 тыс. рублей. Поступления от денежных взысканий (штрафов), налагаемых Пенсионным фондом Российской Федерации и его территориальными органами в соответствии со статьями 48 - 51 Федерального закона «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования», составили 669,2 тыс. рублей. Поступления сумм недоимки, пеней и штрафов по взносам в Фонд в связи с задолженностью, образовавшейся на 1 января 2001 года, составили 14 505,5 тыс. рублей. Доходы Фонда от оказания платных услуг и компенсации затрат бюджета Фонда (возврат дебиторской задолженности прошлых лет), реализации имущества, находящегося в оперативном управлении Фонда, возврата остатков средств, переданных в виде межбюджетных трансфертов из бюджета Фонда в бюджеты территориальных фондов ОМС, поступления штрафных санкций за нарушение условий государственных контрактов в размерах, установленных указанными контрактами, за отчетный период составили 13 466,8 тыс. рублей.

За 2010 год сумма средств, переданных Фонду из федерального бюджета, составила 4 734 000,0 тыс. рублей, в том числе по следующим направлениям финансирования:

- на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан 4 000 000,0 тыс. рублей;
- на диспансеризацию пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации 734 000,0 тыс. рублей.

Объем расходов бюджета Фонда за 2010 год составил 109 123 972,7 тыс. рублей.

На выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов ОМС в рамках базовой программы ОМС в 2010 году в бюджеты территориальных фондов ОМС направлено 86 175 288,7 тыс. рублей (100,0% от суммы, предусмотренной в бюджете Фонда на 2010 год и 488 224,4 тыс. рублей из средств нормированного страхового запаса Фонда в порядке, установленном постановлением Правительства Российской Федерации от 15 мая 2010 г. № 347 «О порядке направления

в 2010 году Федеральным фондом обязательного медицинского страхования средств нормированного страхового запаса на увеличение дотаций бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования»).

Предоставление бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации средств на оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни осуществлялось в порядке, установленном постановлением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2007 г. № 987 «О порядке финансового обеспечения в 2010 году расходов на оплату государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения, иным организациям услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, в период родов и в послеродовой период, а также диспансерному (профилактическому) наблюдению детей, поставленных в течение первого года жизни в возрасте до 3 месяцев на диспансерный учет». За 2010 год в бюджет Фонда социального страхования Российской Федерации на указанные цели перечислено из бюджета Фонда 17 500 000,0 тыс. рублей (100% к бюджетным назначениям).

В отчетном периоде финансирование мероприятий по дополнительной диспансеризации работающих граждан и диспансеризации, пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации осуществлялось в соответствии с правилами предоставления субсидий из бюджета Фонда бюджетам территориальных фондов ОМС, утвержденными соответствующими постановлениями Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2009 г. № 1146 «О порядке предоставления в 2010 году из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан» и от 29 декабря 2007 г. № 945 «О порядке предоставления в 2010 году 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».

На проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан в 2010 году направлено 4 155 845,6 тыс. рублей, или 103,9% от суммы, предусмотренной в бюджете Фонда на 2010 год за счет использования остатков.

На проведение диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации в 2010 году направлено 795 718,3 тыс. рублей, или 108,4% к бюджетным назначениям за счет использования остатков.

Расходы Фонда на финансовое, материально-техническое обеспечение, на осуществление международного сотрудничества по вопросам ОМС и информатизацию системы ОМС составили в 2010 году 497 120,1 тыс. рублей (86,9% к бюджетным назначениям).



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН

от 6 октября 2011 года № 269-ФЗ

МОСКВА

ОБ ИСПОЛНЕНИИ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗА 2010 ГОД

*Принят Государственной Думой 21 сентября 2011 года
Одобен Советом Федерации 28 сентября 2011 года*

Статья 1

1. Утвердить отчет об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - Фонд) за 2010 год со следующими основными показателями:

1) общий объем доходов бюджета Фонда в сумме 101 843 605,4 тыс. рублей, в том числе за счет межбюджетных трансфертов, полученных из федерального бюджета в сумме 4 734 000,0 тыс. рублей;

2) общий объем расходов бюджета Фонда в сумме 109 123 972,7 тыс. рублей, в том числе за счет межбюджетных трансфертов, переданных бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации в сумме 17 500 000,0 тыс. рублей;

3) объем дефицита бюджета Фонда в сумме 7 280 367,3 тыс. рублей.

2. Утвердить источник финансирования дефицита бюджета Фонда за счет остатков средств бюджета Фонда в сумме 7 280 367,3 тыс. рублей.

Статья 2

Утвердить следующие показатели исполнения бюджета Фонда за 2010 год:

1) доходы бюджета Фонда по кодам классификации доходов бюджетов за 2010 год согласно приложению 1 к настоящему Федеральному закону;

2) структура расходов бюджета Фонда за 2010 год согласно приложению 2 к настоящему Федеральному закону;

3) источники внутреннего финансирования дефицита бюджета Фонда по кодам классификации источников финансирования дефицитов бюджетов за 2010 год согласно приложению 3 к настоящему Федеральному закону;

4) распределение дотаций из бюджета Фонда, направленных в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, за 2010 год согласно приложению 4 к настоящему Федеральному закону.

Москва, Кремль
6 октября 2011 года
N 269-ФЗ

Президент
Российской Федерации
Д.МЕДВЕДЕВ

Приложение 1
к Федеральному закону
«Об исполнении бюджета Федерального
фонда обязательного медицинского
страхования за 2010 год»

**ДОХОДЫ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ ПО КОДАМ КЛАССИФИКАЦИИ ДОХОДОВ БЮДЖЕТОВ ЗА 2010 ГОД**

(тыс. рублей)

Наименование показателя	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора доходов	доходов бюджета обязательного медицинского страхования	
Доходы, всего			101 843 605,4
Налоговые и неналоговые доходы	000	1 00 00000 00 0000 000	97 109 605,4
Страховые взносы на обязательное социальное страхование	000	1 02 00000 00 0000 000	91 027 827,3
Страховые взносы	000	1 02 02000 00 0000 000	91 027 827,3
Страховые взносы на обязательное медицинское страхование, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	392	1 02 02100 08 0000 160	91 027 827,3
Налоги на совокупный доход	000	1 05 00000 00 0000 000	1 164 507,9
Налог, взимаемый в связи с применением упрощенной системы налогообложения	182	1 05 01000 00 0000 110	805 954,4
Налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы	182	1 05 01010 01 0000 110	487 960,3
Налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы, уменьшенные на величину расходов	182	1 05 01020 01 0000 110	138 474,1
Минимальный налог, зачисляемый в бюджеты государственных внебюджетных фондов	182	1 05 01030 01 0000 110	178 689,5
Доходы от выдачи патентов на осуществление предпринимательской деятельности при применении упрощенной системы налогообложения	182	1 05 01040 02 0000 110	830,5
Единый налог на вмененный доход для отдельных видов деятельности	182	1 05 02000 02 0000 110	353 195,7
Единый сельскохозяйственный налог	182	1 05 03000 01 0000 110	5 357,8
Задолженность и перерасчеты по отмененным налогам, сборам и иным обязательным платежам	000	1 09 00000 00 0000 000	4 903 134,2
Недоимка, пени и штрафы по взносам в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	182	1 09 08040 08 0000 140	14 505,5
Единый социальный налог, зачисляемый в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	182	1 09 09030 08 0000 110	4 888 628,7
Доходы от оказания платных услуг и компенсации затрат государства	000	1 13 00000 00 0000 000	12 580,9

Наименование показателя	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора доходов	доходов бюджета обязательного медицинского страхования	
Прочие доходы Федерального фонда обязательного медицинского страхования от оказания платных услуг и компенсации затрат бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	1 13 03080 08 0000 130	12 580,9
Доходы от продажи материальных и нематериальных активов	000	1 14 00000 00 0000 000	0,9
Доходы от реализации имущества, находящегося в оперативном управлении Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в части реализации материальных запасов по указанному имуществу)	394	1 14 02080 08 0000 440	0,9
Штрафы, санкции, возмещение ущерба	000	1 16 00000 00 0000 000	880,6
Денежные взыскания (штрафы), налагаемые Пенсионным фондом Российской Федерации и его территориальными органами в соответствии со статьями 48 - 51 Федерального закона «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования»	392	1 16 20050 01 0000 140	669,2
Прочие поступления от денежных взысканий (штрафов) и иных сумм в возмещение ущерба, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	1 16 90080 08 0000 140	211,4
Доходы бюджетов бюджетной системы Российской Федерации от возврата остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет	000	1 18 00000 00 0000 000	62 085,0
Доходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования от возврата остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет	394	1 18 06000 08 0000 151	62 085,0
Возврат остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет	000	1 19 00000 00 0000 000	-61 411,4
Возврат остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	1 19 06013 08 0000 151	-61 411,4
Безвозмездные поступления	000	2 00 00000 00 0000 000	4 734 000,0
Безвозмездные поступления от других бюджетов бюджетной системы Российской Федерации	000	2 02 00000 00 0000 000	4 734 000,0

Наименование показателя	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора доходов	доходов бюджета обязательного медицинского страхования	
Средства федерального бюджета, передаваемые бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	2 02 05600 08 0000 151	4 734 000,0
Средства федерального бюджета, передаваемые бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации	394	2 02 05602 08 0000 151	734 000,0
Средства федерального бюджета, передаваемые бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан	394	2 02 05607 08 0000 151	4 000 000,0

Приложение 2
к Федеральному закону
«Об исполнении бюджета Федерального
фонда обязательного медицинского
страхования за 2010 год»

СТРУКТУРА РАСХОДОВ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗА 2010 ГОД

(тыс. рублей)

Наименование	Код бюджетной классификации					Кассовое исполнение
	Мин	Рз	ПР	ЦСР	ВР	
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	394					109 123 972,7
Общегосударственные вопросы	394	01 00				463 388,8
Международные отношения и международное сотрудничество	394	01 08				344,9
Международное сотрудничество	394	01 08 030 00 00				344,9
Международные культурные, научные и информационные связи	394	01 08 030 04 00				344,9
Органы управления государственных внебюджетных фондов	394	01 08 030 04 00 270				344,9
Другие общегосударственные вопросы	394	01 14				463 043,9
Руководство и управление в сфере установленных функций	394	01 14 001 00 00				463 043,9
Аппараты органов управления государственных внебюджетных фондов	394	01 14 001 55 00				286 136,3
Органы управления государственных внебюджетных фондов	394	01 14 001 55 00 270				286 136,3
Информатика	394	01 14 001 82 00				176 907,6
Органы управления государственных внебюджетных фондов	394	01 14 001 82 00 270				176 907,6
Образование	394	07 00				11 079,4

Наименование	Код бюджетной классификации					Кассовое исполнение
	Мин	Рз	ПР	ЦСР	ВР	
Профессиональная подготовка, переподготовка и повышение квалификации	394	07	05			11 079,4
Учебные заведения и курсы по переподготовке кадров	394	07	05	429 00 00		11 079,4
Переподготовка и повышение квалификации кадров	394	07	05	429 78 00		11 079,4
Органы управления государственных внебюджетных фондов	394	07	05	429 78 00 270		11 079,4
Культура, кинематография, средства массовой информации	394	08	00			11 793,9
Другие вопросы в области культуры, кинематографии, средств массовой информации	394	08	06			11 793,9
Реализация государственных функций, связанных с общегосударственным управлением	394	08	06	092 00 00		11 793,9
Выполнение других обязательств государства	394	08	06	092 03 00		11 793,9
Органы управления государственных внебюджетных фондов	394	08	06	092 03 00 270		11 793,9
Здравоохранение, физическая культура и спорт	394	09	00			10 858,0
Прикладные научные исследования в области здравоохранения, физической культуры и спорта	394	09	09			10 858,0
Прикладные научные исследования и разработки	394	09	09	081 00 00		10 858,0
Выполнение научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ по государственным контрактам	394	09	09	081 69 00		10 858,0
Органы управления государственных внебюджетных фондов	394	09	09	081 69 00 270		10 858,0
Межбюджетные трансферты	394	11	00			108 626 852,6
Межбюджетные трансферты бюджетам государственных внебюджетных фондов	394	11	05			108 626 852,6
Социальная помощь	394	11	05	505 00 00		108 626 852,6
Закон Российской Федерации от 28 июня 1991 года № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»	394	11	05	505 17 00		86 175 288,7
Выполнение территориальной программы обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования	394	11	05	505 17 02		86 175 288,7
Прочие дотации	394	11	05	505 17 02 007		86 175 288,7
Проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации	394	11	05	505 21 00		795 718,3
Фонд софинансирования	394	11	05	505 21 00 010		795 718,3
Проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан	394	11	05	505 24 00		4 155 845,6
Фонд софинансирования	394	11	05	505 24 00 010		4 155 845,6
Оплата медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни	394	11	05	505 35 00		17 500 000,0
Трансферты бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации	394	11	05	505 35 00 002		17 500 000,0

Приложение 3
к Федеральному закону
«Об исполнении бюджета Федерального
фонда обязательного медицинского
страхования за 2010 год»

**ИСТОЧНИКИ ВНУТРЕННЕГО ФИНАНСИРОВАНИЯ ДЕФИЦИТА БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО
ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПО КОДАМ КЛАССИФИКАЦИИ
ИСТОЧНИКОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ ДЕФИЦИТОВ БЮДЖЕТОВ ЗА 2010 ГОД**

(тыс. рублей)

Наименование показателя	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора источника финансирования	источник финансирования	
Источники внутреннего финансирования дефицитов бюджетов	000	01 00 00 00 00 0000 000	7 280 367,3
Уменьшение остатков средств бюджетов	000	01 05 00 00 00 0000 600	7 280 367,3
Уменьшение прочих остатков денежных средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	01 05 02 01 08 0000 610	7 280 367,3

Приложение 4
к Федеральному закону
«Об исполнении бюджета Федерального
фонда обязательного медицинского
страхования за 2010 год»

**РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ДОТАЦИЙ ИЗ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, НАПРАВЛЕННЫХ В БЮДЖЕТЫ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ФОНДОВ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ВЫПОЛНЕНИЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ
ПРОГРАММ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РАМКАХ БАЗОВОЙ ПРОГРАММЫ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, ЗА 2010 ГОД**

(тыс. рублей)

Наименование показателя	Дотации, направленные на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования
Российская Федерация, всего	86 175 288,7
Белгородская область	362 572,3
Брянская область	953 547,0
Владимирская область	500 498,1
Воронежская область	1 453 721,7
Ивановская область	911 433,2

Наименование показателя	Дотации, направленные на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования
Калужская область	401 720,6
Костромская область	541 980,9
Курская область	1 191 124,8
Липецкая область	90 473,9
Московская область	1 614 860,1
Орловская область	586 929,8
Рязанская область	1 009 697,4
Смоленская область	914 677,4
Тамбовская область	761 745,8
Тверская область	645 070,4
Тульская область	1 762 601,6
Ярославская область	397 918,4
Город Москва	26 271,8
Республика Карелия	1 103 783,0
Республика Коми	1 052 827,8
Архангельская область	1 965 776,3
Вологодская область	129 665,9
Калининградская область	339 768,9
Ленинградская область	189 180,7
Мурманская область	823 044,1
Новгородская область	461 290,7
Псковская область	476 421,9
Город Санкт-Петербург	403 941,5
Ненецкий автономный округ	34 718,5
Республика Адыгея (Адыгея)	230 643,3
Республика Дагестан	3 893 128,9
Республика Ингушетия	724 814,4
Кабардино-Балкарская Республика	731 057,5
Республика Калмыкия	255 809,6
Карачаево-Черкесская Республика	184 535,0
Республика Северная Осетия - Алания	466 156,0
Чеченская Республика	1 950 181,9
Краснодарский край	2 015 686,0
Ставропольский край	2 151 211,0
Астраханская область	666 799,4
Волгоградская область	1 289 969,5
Ростовская область	1 717 524,7
Республика Башкортостан	1 751 728,8
Республика Марий Эл	535 167,8
Республика Мордовия	501 431,2
Республика Татарстан (Татарстан)	1 499 526,1
Удмуртская Республика	1 711 737,4
Чувашская Республика - Чувашия	1 407 886,2
Кировская область	1 550 378,1
Нижегородская область	998 104,5

Наименование показателя	Дотации, направленные на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования
Оренбургская область	847 786,7
Пензенская область	1 145 468,0
Пермский край	552 013,1
Самарская область	587 159,8
Саратовская область	1 850 099,8
Ульяновская область	1 669 498,9
Курганская область	1 045 904,2
Свердловская область	769 009,6
Тюменская область	52 755,4
Челябинская область	1 090 253,5
Ханты-Мансийский автономный округ - Югра	709 989,2
Ямало-Ненецкий автономный округ	795 268,5
Республика Алтай	314 248,0
Республика Бурятия	965 495,0
Республика Тыва	297 134,9
Республика Хакасия	915 018,6
Алтайский край	3 113 310,1
Красноярский край	1 714 035,9
Иркутская область	3 092 232,1
Кемеровская область	2 272 185,1
Новосибирская область	1 448 301,8
Омская область	2 212 435,8
Томская область	587 691,0
Забайкальский край	2 432 307,6
Республика Саха (Якутия)	1 348 362,1
Приморский край	2 015 614,8
Хабаровский край	1 683 277,7
Амурская область	1 088 923,3
Камчатский край	358 185,3
Магаданская область	329 104,8
Сахалинская область	1 336 295,8
Еврейская автономная область	169 424,9
Чукотский автономный округ	15 670,1
Город Байконур	10 085,5

**О.В.Царева, начальник Управления модернизации системы ОМС,
Ю.А.Нечепоренко, начальник Управления информационно-аналитических
технологий Федерального фонда обязательного медицинского страхования**



в журнале «Современные медицинские технологии»

Модернизация здравоохранения: от идей – к воплощению



О.В.Царева



Ю.А.Нечепоренко

Масштабная модернизация здравоохранения, проводимая в настоящее время в нашей стране, как известно, направлена на повышение качества медицинского обслуживания населения в самом широком смысле этого понимания. Однако, если взглянуть внимательно на непростой процесс обновления системы здравоохранения, то на первый план выйдут программы модернизации, которые реализуются сегодня в регионах России. Речь идет, прежде всего, о трех основных направлениях:

- модернизация материально-технической базы лечебных учреждений;
- внедрение в здравоохранение современных информационных систем;
- внедрение стандартов медицинской помощи и повышение доступности оказания медицинской помощи в амбулаторном звене.

Данные направления представляют собой основной костяк задач, на решение которых в 2011-2012 годах выделены огромные средства. В системе обязательного медицинского страхования - на программы субъектов Российской Федерации выделено 620 млрд. рублей, так по состоянию на 1 октября 2011 года на финансирование региональных программ модернизации уже направлено более 133 млрд. рублей.

Благодаря своевременному финансированию активно улучшается и материально-техническая база лечебных учреждений - в них проводится как текущий, так и капитальный ремонт. Кроме того, для нужд ЛПУ закупается новое медицинское оборудование, в большинстве регионов приобретаются современно оснащенные автомобили скорой медицинской помощи.

Развитие какой-либо отрасли немыслимо без применения высоких технологий. Так, в сфере здравоохранения ведется работа по созданию единой информационной системы. В рамках создания такой системы всем субъектам РФ предстоит повысить техническую оснащенность лечебных учреждений. Сюда относится приобретение компьютерного оборудования, организация локальных вычислительных сетей в медицинских учреждениях, обеспечение их современными информационными каналами связи для взаимодействия с федеральным центром, территориальными фондами обязательного медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями и, конечно же, друг с другом.

Во всех субъектах Российской Федерации предстоит организовать работу по ведению электронных медицинских карт пациентов. Эти карты нужны для того, чтобы врачи могли иметь доступ к информации о состоянии здоровья гражданина, в какой бы точке Российской Федерации он ни находился. Разумеется, в этом случае медицинские работники должны обладать соответствующими правами доступа к персональным данным пациента. Также необходимо организовать предоставление такой услуги, как электронная запись к врачу, чтобы уменьшить очереди в регистратурах

и дать гражданам возможность разными способами осуществить запись как в своем субъекте, так и, при необходимости, в лечебном учреждении соседнего региона. В результате гражданин сможет записаться на прием к врачу как традиционным способом в регистратурах, по телефону, так и через Интернет либо с помощью других информационно-коммуникационных устройств. Наконец, предстоит обеспечить актуальное и достоверное ведение единого регистра медицинского персонала и паспортов лечебных учреждений, которые бы охватывали всю Российскую Федерацию. Указанные регистры должны обеспечить доступ к информации обо всех ресурсах системы здравоохранения - начиная от кадровых и, кончая техническими.

При этом защите персональных данных будет уделено особое внимание. Каналы связи планируется защитить таким образом, чтобы информация из них не могла попасть во внешний мир. Кроме того, на уровне региональных и федеральных информационных ресурсов базы по электронным медицинским картам будут храниться в деперсонифицированном виде. Иными словами, все персональные данные гражданина (фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, информация о состоянии его здоровья) не будут находиться в одном месте. Это существенно снизит риск компрометации этих сведений.

Еще одной новацией, призванной сделать для граждан общение с органами здравоохранения более комфортным, должен стать полис ОМС единого образца. Речь идет о создании в Российской Федерации единой базы застрахованных граждан, которая поможет исключить дублирование страхования - в предыдущие годы количество застрахованных граждан превышало количество граждан в стране. Кроме того, имея полис ОМС единого образца, для всей страны, мы минимизируем возможность отказа гражданам в получении медицинской помощи на другой территории.

Полис обязательного медицинского страхования в той форме, в какой он существует сейчас, - это некий переходный вариант перед введением универсальной электронной карты гражданина, которая начнет действовать с 2012 года. Помимо прочего, в универсальной карте будет присутствовать приложение обязательного медицинского страхования, то есть своего рода полис ОМС. С помощью этой карты гражданин сможет записаться к врачу. В дальнейшем планируется с помощью универсальной электронной карты предоставлять и другие услуги в сфере здравоохранения - например, как доступ к данным своей электронной медицинской карты или удаленный заказ каких-либо справок, - чтобы сократить до минимума необходимость являться в медицинское учреждение.

Конечно, нельзя говорить о модернизации здравоохранения, не затронув такой важный элемент работы всей системы, как стандарты оказания медицинской помощи. Таким образом, мы подошли к третьей многопла-

Модернизация системы здравоохранения 2011-2012 гг.



новой задаче, предусмотренной Федеральным законом от 29 ноября 2010 года №326 – ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», – по внедрению стандартов. С одной стороны, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования дополнительно финансирует медицинские услуги, которые оказываются по стандартам, утвержденным Минэкономразвития России, в субъектах Российской Федерации, доводя ее финансовое обеспечение до необходимого уровня. Эти деньги расходуются как на заработную плату, так и на лекарственные средства в лечебных учреждениях в стационарном звене. Напомним, что наше Правительство поставило задачу довести увеличение фонда оплаты труда медицинских работников до 30% от существующего на сегодняшний день. Дополнительные средства отчасти помогают решить и эту задачу, но абсолютно не снимают ответственность хозяйствующих субъектов самостоятельно, из собственных источников увеличивать и индексиро-

вать заработную плату. С другой стороны, – это повышение доступности амбулаторной помощи, связанное с тем, что сейчас амбулаторно-поликлинические учреждения недостаточно укомплектованы врачами узкой специализации. Таким образом, повышение зарплаты этой категории медицинских работников – не просто ее повышение, а ориентация на результат, зависящий от внедрения более эффективной формы оплаты труда, это позволит сделать работу в поликлиническом звене более привлекательной и хорошо оплачиваемой. Данное обстоятельство, в конечном итоге, положительно скажется на всех гражданах Российской Федерации, которые смогут своевременно получать качественную медпомощь.

Введение стандартов оказания медпомощи прочно увязано с новой перспективной схемой финансирования здравоохранения. Переход на одноканальное финансирование через систему ОМС, который планируется осуществить в 2013 году, должен сделать про-

цесс распределения средств на региональное здравоохранение, управляемым, понятным, эффективно работающим. При одноканальном финансировании оплата медицинской помощи будет осуществляться по полному тарифу, включающему все статьи расходов медицинских организаций (за исключением капитального строительства и дорогостоящего оборудования). Напомним, что для перехода на новую систему финансирования в 2010 году было принято решение об увеличении расходов на нужды здравоохранения: так, тариф на страховые взносы в систему обязательного медицинского страхования был увеличен с 3,1% до 5,1% в 2011 году. В результате увеличения тарифа страхового взноса на два процентных пункта система ОМС в 2011-2012 гг. получит дополнительно почти 460 млрд. рублей, которые уже сейчас направляются на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения. С 2013 года данные средства будут направляться на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

С 2012 года размер страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения устанавливается федеральным законом, что позволит обеспечить выполнение подушевого норматива, а также передать в систему обязательного медицинского страхования часть средств на обеспечение дополнительных статей расходов (расходов медицинских организаций на услуги связи и информационных технологий, транспортные услуги, содержание имущества, коммунальные услуги, прочие расходы), ранее финансируемых из бюджетов субъектов Российской Федерации.

В реализации региональных программ модернизации, помимо вышеперечисленных направлений, заложены еще многие составляющие будущего обновленного здравоохранения. Например, большое внимание уделено детскому здравоохранению. Кроме ремонтных работ в детских поликлиниках и приобретения нового оборудования, осуществляется внедрение стандартов оказания медпомощи детям, повышение заработной платы врачам детских поликлиник, а также ряд новых мероприятий, инициированных Правительством Российской Федерации. Речь идет, в частности о диспансеризации 14-летних подростков, о создании центров кризисной беременности, где женщины, попавшие в сложную жизненную ситуацию, могут получить определенную моральную и материальную поддержку, для того чтобы они сохранили ребенка; это и мероприятия по оказанию помощи недоношенным детям и другие.

Между тем необходимо учитывать всю сложность проводимых изменений, которые подчас сталкиваются с законодательными недоработками в регионах. Не всегда и не все нормативные правовые акты на уровне субъекта РФ оказываются принятыми вовремя. Есть сложности с заключением контрактов, проведением конкурсов на покупку оборудования. В настоящее время в большинстве регионов России все-таки есть понимание, что решение этих задач необходимо для укрепления демографической ситуации. Думаю, что в ближайшее время работа войдет в ритмичный график, и мы не будем наблюдать ситуацию, когда деньги по какой-то причине вовсе не расходуются или расходуются незначительно.

*Публикация в журнале
«Современные медицинские технологии» №7, 2011 г.*

УДК 614.2

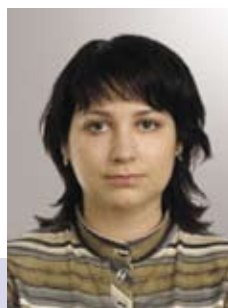
Ответственность работодателей за охрану здоровья работников

Е.Г.Потапчик, Е.В.Селезнева, С.В.Шишкин

Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»



Е.Г.Потапчик



Е.В.Селезнева



С.В.Шишкин

Резюме

В статье представлен анализ результатов исследования отношения работодателей к охране здоровья своих работников, выполненного НИУ ВШЭ. Информационную базу исследования составили данные проведенного в 2010 году социологического опроса руководителей крупных и средних предприятий и организаций различных отраслей экономики. Результаты исследования свидетельствуют о том, что большинство работодателей осознают свою социальную ответственность за охрану здоровья работников и вкладывают в это свои средства. Они тратят и готовы тратить дополнительно средства на эти цели. Чаще всего предприятия вкладывают собственные средства в такие мероприятия, как проведение про-

филактики, оплату медицинской и медикаментозной помощи и формирование здорового образа жизни. Наиболее предпочтительной формой возможных дополнительных расходов работодатели называют добровольное медицинское страхование. Работодатели готовы платить больше и в систему ОМС, но при определенных условиях. Справедливая система финансирования здравоохранения, по их мнению, - это система либеральная и социально дифференцированная.

Ключевые слова: работодатели, охрана здоровья работников, добровольное медицинское страхование, обязательное медицинское страхование.

Abstract

Responsibility of employers for the health protection of employees

E.G. Potapchik, E.V. Seleznyova, S.V. Shishkin

The National Research University "Higher Institute of Economy"

There is presented in the article an analysis of results in study of employers' attitude towards the health protection of their employees performed by the National Research University of Higher Institute of Economy (NRUIE). Information base of the study included data of sociological questioning of directors of big and medium enterprises and organizations of different economic branches performed in 2010. Results of study are evidence of the fact, that a majority of employers understand their social responsibility for the health protection of employees and invest in it their funds. They expend money and are ready to expend additionally funds for these purposes.

Most frequently enterprises invest own funds into such measures as prevention, payment of the medicinal and treatment aid and formation of healthy mode of life. Employers mention the voluntary medical insurance as the most preferable form of possible additional expenses. Employers are ready to pay more and also in the OMI system, but under certain conditions. The correct system of public health financing, in their opinion, is a liberal and socially differential system.

Key words: employers, health protection of employees, voluntary medical insurance, obligatory medical insurance.

Рассмотрение в Государственной Думе проекта закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и разработка стратегии социально-экономического развития страны до 2020 года, ведущаяся в Правительстве РФ, актуализировали вопросы об определении роли различных субъектов общества в охране здоровья его членов. Согласно распространенной точке зрения, к числу таких субъектов следует относить и работодателей. Она базируется на воспоминаниях о том месте, которое работодатели занимали в системе охраны здоровья населения в советское время, и на довольно ощутимом развитии добровольного медицинского страхования работодателями своих работников в наше время.

В какой мере практики содействия укреплению здоровья работников распространены среди современных работодателей? Каково их отношение к охране здоровья работников и их семей? В какой степени работодатели готовы нести дополнительные расходы на оздоровление и лечение своих работников, и в каких формах они готовы это делать? До последнего времени ответы на эти вопросы апеллировали к отдельным примерам и мнениям и не подкреплялись достоверными оценками, репрезентирующими большие группы работодателей.

В целях получения эмпирических данных, позволяющих дать обоснованные ответы на такие вопросы, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» в рамках своей программы фундаментальных исследований провел изучение мнения работодателей по вопросам охраны здоровья их работников и развития медицинского страхования. Социологический опрос работодателей был проведен в июле-августе 2010 года АНО «ИИЦ Статистика России» по заказу НИУ ВШЭ. Опрос охватывал 1000 средних и крупных предприятий и организаций различных отраслей экономики (промышленность, торговля, финансовая сфера), расположенных в 40 регионах страны. Выбранные регионы репрезентируют распределение субъектов РФ по уровню социально-экономического развития (лидеры и развитые в освоенной зоне, развитые в слабо освоенной зоне, середина, аутсайдеры¹) и по федеральным округам. Отнесение к средним и крупным предприятиям и организациям осуществлялось на основе численности работающих. К средним предприятиям и организациям относились юридические лица с численностью работающих от 101 до 250 человек, к крупным – с численностью работающих более 251 человека.

Отношение работодателей к охране здоровья работников и их семей

Абсолютное большинство руководителей предприятий и организаций (79% опрошенных) считают, что

1 Использована типология регионов, разработанная в Независимом институте социальной политики (<http://www.socpol.ru/atlas/typology/index.shtml>)

поддержание здоровья работника является ответственностью как самого работника, так и работодателя. При этом сторонников данной точки зрения больше среди руководителей крупных предприятий, чем среди средних (таблица 1). Можно было бы предположить, что респонденты дают социально желательный ответ. Но, как будет показано ниже, такое предположение не обосновано.

Таблица 1.
Ответственность работодателя за поддержанием здоровья его работников в зависимости от размера предприятия (% от опрошенных)

	В целом по выборке	Размер предприятия	
		101 – 250 человек	251 человек и выше
Поддержание здоровья работника его личное дело	21%	26%	18%
За поддержание здоровья работника должен нести ответственность и работодатель	79%	74%	82%

Источник: данные опроса руководителей предприятий и организаций, проведенного АНО «ИИЦ «Статистика России» по заказу НИУ ВШЭ (2010 г.)

Распространенность практик финансирования работодателями мероприятий по охране здоровья

Опрос показал, что абсолютное большинство предприятий и организаций (93% опрошенных) вкладывают средства в охрану здоровья своих работников. Всего 7% респондентов ответили, что его предприятие или организация не вкладывают в охрану здоровья своих работников (рисунок 1). Эти данные подтверждают, что ответы работодателей об их совместной ответственности с работниками за состояние здоровья не являются только социально ожидаемой декларацией. Чаще всего предприятия вкладывают собственные средства в такие мероприятия как, проведение профилактики, оплату медицинской и медикаментозной помощи и формирование здорового образа жизни. Расходования средств на эти цели указали соответственно 76%, 59% и 38% респондентов.

При этом крупные предприятия по сравнению со средними чаще вкладывают средства в охрану здоровья работающих: среди первых этого не делают лишь 4%, среди вторых – 13%.

Несмотря на последствия экономического кризиса, предприятия и организации в основном не сокращали расходы на охрану здоровья работников, а зачастую даже увеличивали расходы на эти цели. В 2009 году

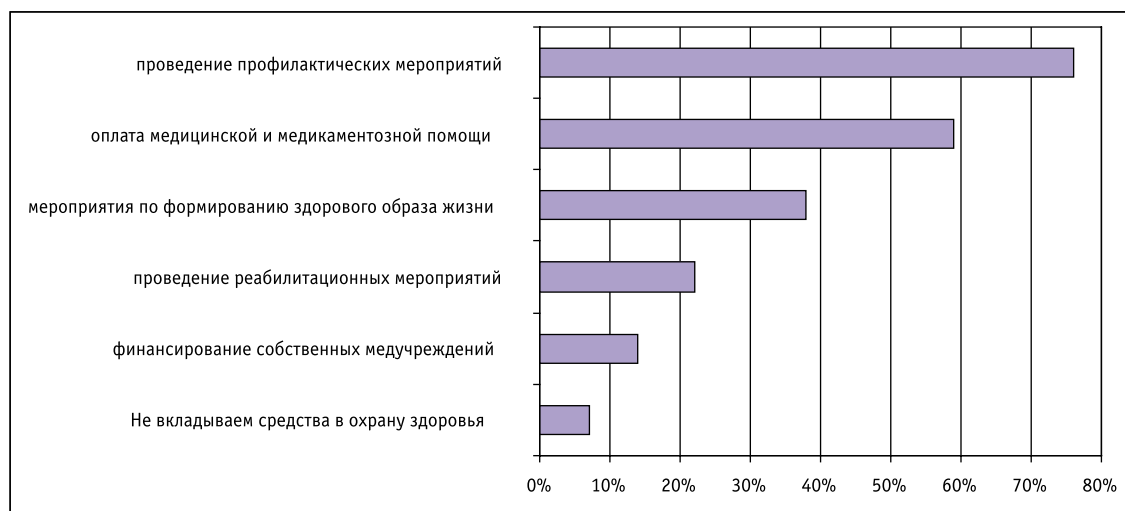


Рисунок 1. Финансируемые за счет собственных средств предприятий мероприятия, направленные на охрану здоровья и формирование здорового образа жизни работников (распределение ответов работодателей, %). Источник: данные опроса руководителей предприятий и организаций, проведенного АНО «ИИЦ «Статистика России» по заказу НИУ ВШЭ (2010 г.)

по сравнению с предыдущим годом у 43% опрошенных предприятий и организаций соответствующие затраты выросли, причем у 31% более чем на четверть. Почти у половины опрошенных предприятий (46%) расходы на эти цели остались на уровне 2008 года, и лишь у 11% предприятий расходы сократились. При этом необходимо отметить, что среди крупных предприятий расходы на охрану здоровья сократились у меньшей части, чем среди средних предприятий (8% и 13% соответственно).

Наблюдается прямая зависимость между уровнем

профессионального риска для здоровья на предприятии, измеряемым величиной страхового тарифа на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, и числом предприятий, сокративших в 2009 году свои расходы на охрану здоровья своих работников: чем более опасные условия труда на предприятии, тем большее число предприятий сокращало свои расходы (рисунок 2). Так, среди группы предприятий с минимальным уровнем риска для здоровья (где тариф на обязательное социальное страхование от несчаст-

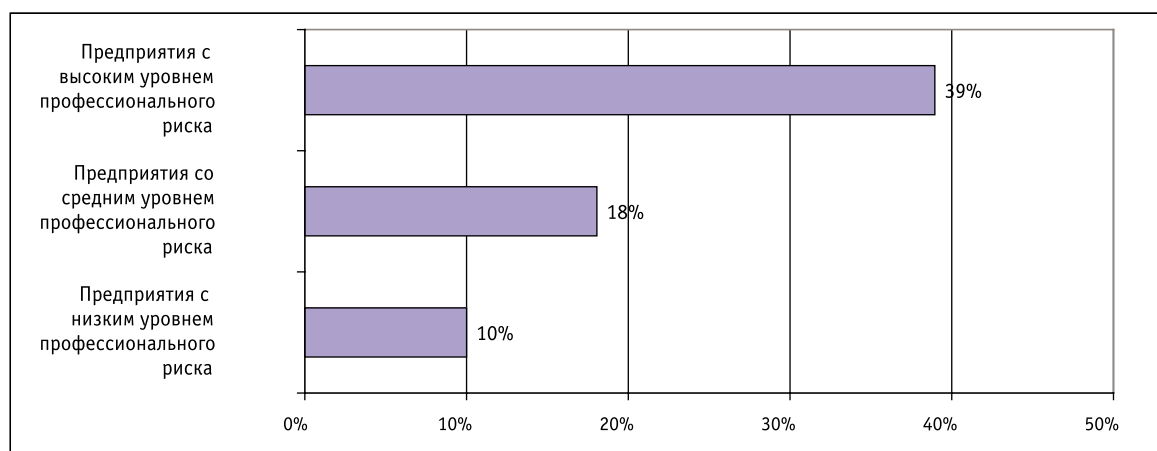


Рисунок 2. Доля предприятий с разным уровнем профессионального риска, сокративших в 2009 г. расходы на охрану здоровья своих работников, %. Источник: данные опроса руководителей предприятий и организаций, проведенного АНО «ИИЦ «Статистика России» по заказу НИУ ВШЭ (2010 г.)

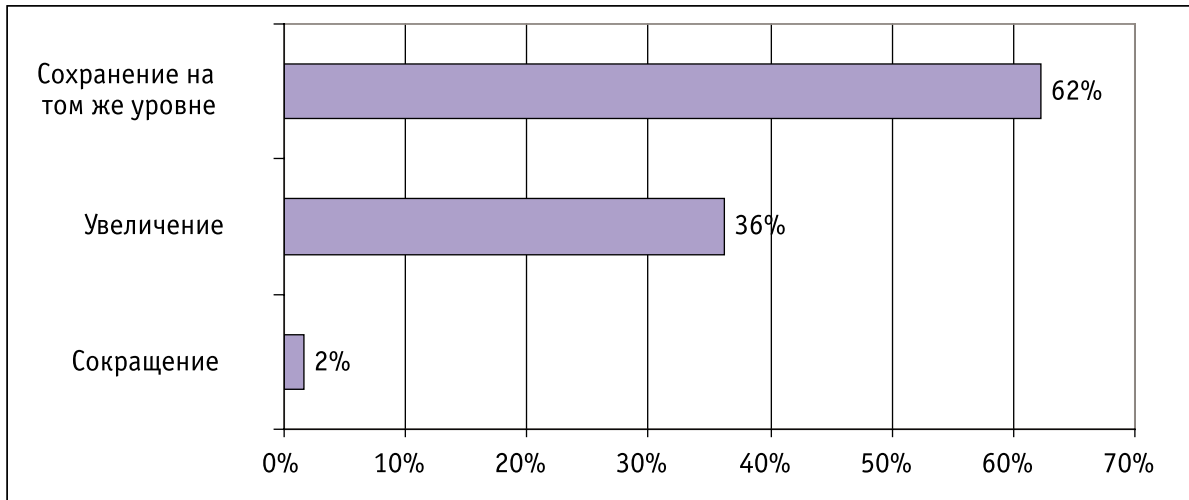


Рисунок 3. Планы предприятий о выделении в 2011 году собственных средств на охрану здоровья работников, (распределение ответов работодателей в %). Источник: данные опроса руководителей предприятий и организаций, проведенного АНО «ИИЦ «Статистика России» по заказу НИУ ВШЭ (2010 г.)

ных случаев на производстве и профессиональных заболеваний не превышает 1,2%) расходы сократились у 10% респондентов, по группе риска с максимальным уровнем (где тариф составляет 3,4 – 8,5%) доля предприятий, сокративших расходы на охрану здоровья сотрудников, составила уже 39%.

Абсолютное большинство обследованных предприятий не планировало сокращать свои расходы на охрану здоровья работников в 2011 году (62% опрошенных), а более трети предприятий (36%) планировали увеличить такие расходы (рисунок 3).

Предпочтительные для работодателей направления дополнительных вложений в оказание медицинской помощи работникам

Практически все опрошенные работодатели готовы вкладывать свои средства в финансирование предоставления медицинской помощи. Лишь 3% респондентов ответили, что не считают это необходимым.

Среди возможных вариантов осуществления дополнительных вложений в оказание медицинской помощи своим работникам наиболее предпочтительным является приобретение полисов добровольного медицинского

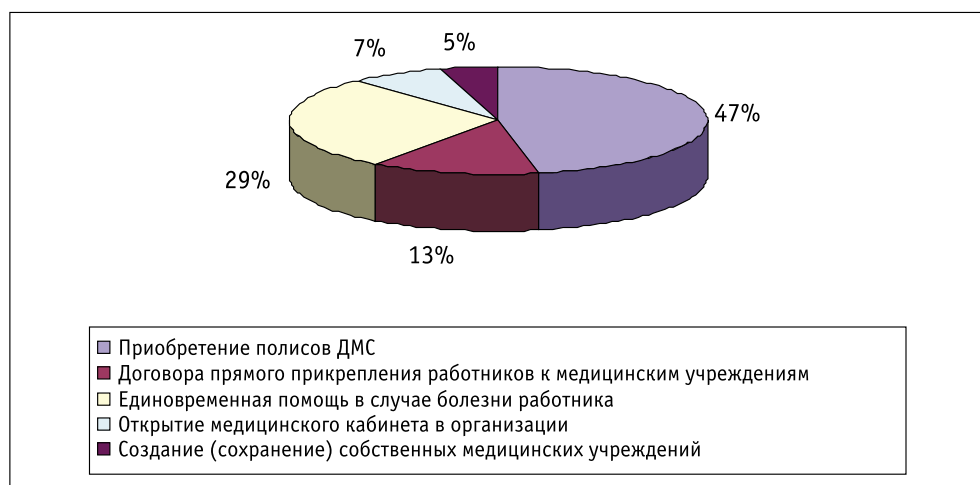


Рисунок 4. Предпочтительные для работодателей формы дополнительных вложений в оказание медицинской помощи, (распределение ответов респондентов, %). Источник: данные опроса руководителей предприятий и организаций, проведенного АНО «ИИЦ «Статистика России» по заказу НИУ ВШЭ (2010 г.)



Рисунок 5. Условия, при которых увеличение страхового взноса работодателей в систему ОМС будет оправдано (% от опрошенных)
Примечание: можно было выбирать несколько вариантов ответов. Источник: данные опроса руководителей предприятий и организаций, проведенного АНО «ИИЦ «Статистика России» по заказу НИУ ВШЭ (2010 г.)

страхования (ДМС). Этот вид дополнительной оплаты оказываемой помощи предпочли 47% респондентов (рисунок 4). Такую форму оплаты медицинской помощи, как заключение прямого договора с медицинским учреждением, предпочло 13% респондентов. В данном случае предпочтения работодателей соответствуют фактически сложившейся структуре поддержки работников при получении медицинской помощи. Как было показано ранее, в структуре договоров на оказание дополнительной медицинской помощи договора ДМС преобладают над прямыми договорами с ЛПУ. Около трети опрошенных предприятий предпочитает предоставление единовременной помощи работникам в случае возникновения заболеваний. Обращает на себя внимание значительное расхождение между фактическим положением и предпочтениями работодателей в части финансирования своих собственных медицинских учреждений. При ответе на вопрос о мероприятиях, финансируемых за счет собственных средств, 14% респондентов отметили, что финансируют собственные медицинские учреждения, при ответе на вопрос о предпочтительных вариантах поддержки работников при получении медицинской помощи лишь 5% респондентов ответили, что хотели бы направлять средства на этот вид помощи. Эти цифры свидетельствуют, очевидно, о желании части работодателей избавиться от бремени содержания собственных медицинских учреждений (кабинетов).

На сегодняшний день работодатели достаточно редко применяют на своих предприятиях методы поощрения работников, ведущих здоровый образ жизни. Только пятая

часть опрошенных руководителей отметила наличие таких практик на их предприятиях. При этом подобные практики применяются несколько чаще на крупных, чем на средних предприятиях: распространенность применения таких практик составляет соответственно 21% и 15%.

Отношение работодателей к увеличению взносов на ОМС

Размеры ставки взносов на обязательное социальное страхование стали в последнее время предметом острых политических дискуссий. С одной стороны, признается недостаточность государственных средств, выделяемых на финансирование всеобъемлющей программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, и необходимость выделения большего объема средств на ее выполнение. В связи с этим в 2009 году было принято решение об увеличении с января 2011 года ставки взносов работодателей на ОМС. С другой стороны, существует объективная необходимость снижения налогового бремени на предприятия, и по предложению Президента России, ставки взносов будут снижены в 2012 году.

А что же думают сами работодатели о возможности увеличения взносов на ОМС? Руководителям предприятий был задан вопрос: «При каких условиях увеличение страхового взноса в систему ОМС будет оправдано?». Отметим, что обследование проводилось в середине 2010 года, т.е. спустя год после принятия в 2009 году решения об увеличении взносов работодателей на ОМС работающего населения. Можно предположить с большой степенью уверенности, что респонденты уже

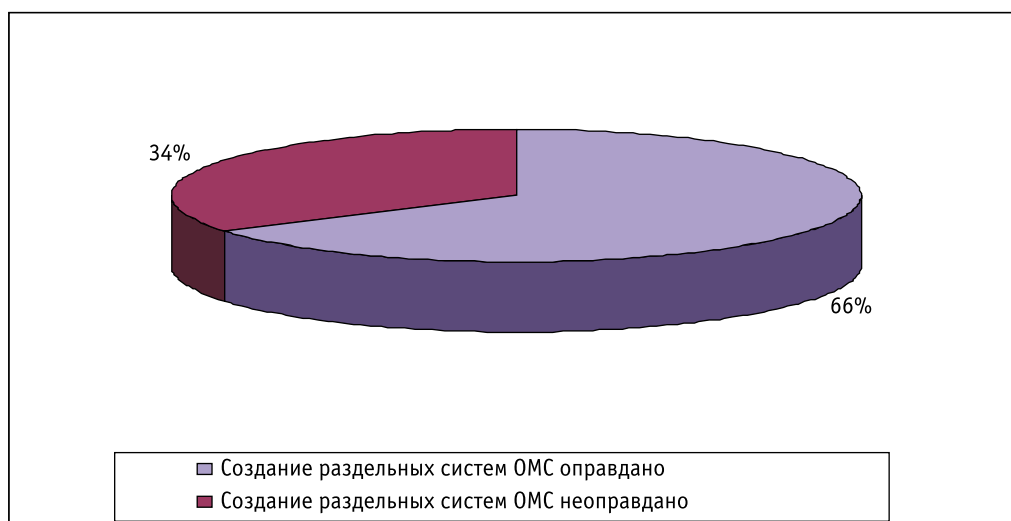


Рисунок 6. Возможность создания двух отдельных систем ОМС – для работающих и для неработающих – мнение работодателей (% от опрошенных). Источник: данные опроса руководителей предприятий и организаций, проведенного АНО «ИИЦ «Статистика России» по заказу НИУ ВШЭ (2010 г.)

знали о предстоящем в 2011 году повышении взносов, и их ответы касаются возможности дальнейшего повышения взносов. Пятая часть всех респондентов ответила, что увеличение страхового взноса не может быть оправдано ни при каких условиях (рисунок 5). При этом данной точки зрения несколько чаще придерживаются руководители средних предприятий: 22% из них согласились с этой позицией, в то время как среди представителей крупных предприятий такой точки зрения придерживаются 18%. Очень важно, что большая часть руководителей предприятий считает возможным увеличение страхового взноса работодателей в систему ОМС, но лишь при определенных условиях: Две трети респондентов (68%) считают, что увеличение страхового взноса может быть оправдано при улучшении качества предоставляемой помощи, 28% - при условии расширения программы ОМС за счет включения в нее бесплатного предоставления медикаментов при амбулаторном лечении, 22% - при условии сокращения времени для получения медицинской помощи.

Работодатели о возможных направлениях изменения системы финансирования здравоохранения

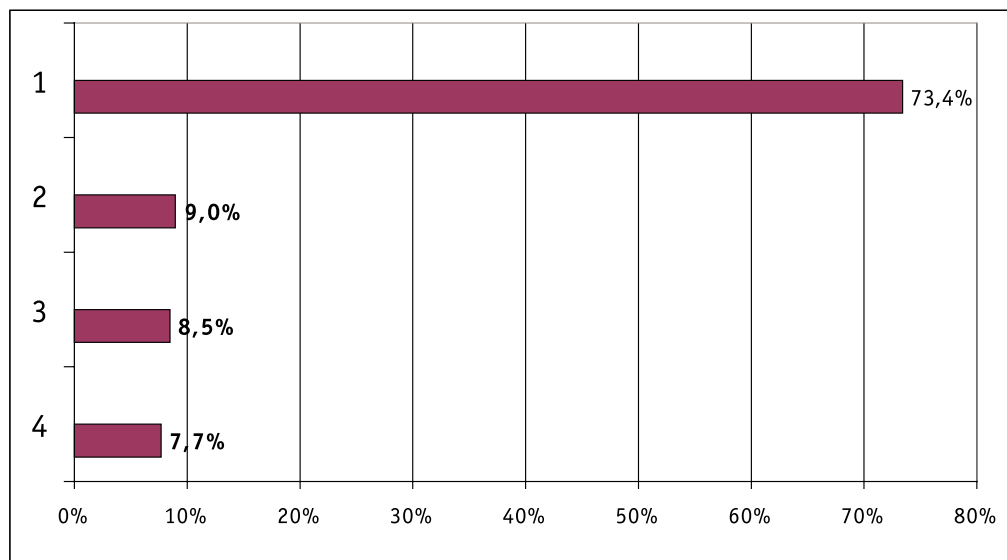
В какой степени работодатели удовлетворены существующими принципами организации ОМС в нашей стране, и в частности, тем обстоятельством, что часть средств, которые они платят в качестве взносов на ОМС своих работников, расходуется на оплату медицинской помощи неработающему населению? Мнение работодателей о том, является ли это справедливым или нет, разделилось примерно поровну. Чуть больше полови-

ны работодателей (52%) считают такое распределение средств ОМС справедливым, чуть меньшая часть (48%) – несправедливым.

Несмотря на почти равное распределение ответов на вопрос о справедливости расходования средств работодателей на финансирование ОМС как работающих, так и неработающих, значительно большее число работодателей придерживаются точки зрения о необходимости создания двух отдельных систем ОМС, предназначенных для работающих и неработающих граждан. 66% опрошенных руководителей предприятий и организаций считают оправданным создание двух отдельных систем ОМС, и лишь около трети придерживаются противоположной точки зрения (рисунок 6). Таким образом, мнение о необходимости создания двух отдельных систем страхования достаточно популярно.

Мнения работодателей также разошлись и по отношению к возможному запрету предоставления платных услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Чуть более половины респондентов (52%) считают такой запрет неправильным, чуть менее половины (48%) считают необходимым запретить медицинским учреждениям государственной и муниципальных форм собственности предоставление платных услуг.

А по вопросу о возможных вариантах соучастия граждан в оплате медицинской помощи степень согласия работодателей оказалась достаточно высокой (рисунок 7). Абсолютное большинство работодателей (73%) считают наиболее предпочтительным вариант, предусматривающий бесплатное предоставление всем гражданам от-



1	Государство будет бесплатно предоставлять всем гражданам ЛИШЬ ОТДЕЛЬНЫЕ ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ . Для получения остальных медицинских услуг гражданам нужно будет купить страховку или платить в кассу медицинских учреждений
2	Государство будет бесплатно предоставлять все виды медицинских услуг ТОЛЬКО БЕДНЫМ . Остальные граждане должны покупать страховку или платить за все медицинские услуги в кассу медицинских учреждений
3	ВСЕ ДОЛЖНЫ ДОПЛАЧИВАТЬ НЕБОЛЬШИЕ СУММЫ за любую медицинскую услугу через кассу (за каждое посещение врача в поликлиническом учреждении, за вызов врача и скорой помощи, за каждый день пребывания в больнице и пр.)
4	Оставить ВСЕ КАК ЕСТЬ , и пусть пациенты неформально (в руки) платят медицинским работникам за их услуги

Рисунок 7. Предпочтительные варианты участия граждан в оплате медицинской помощи (распределение мнений работодателей, %).
 Источник: данные опроса руководителей предприятий и организаций, проведенного АНО «ИИЦ «Статистика России» по заказу НИУ ВШЭ (2010 г.)

дельных видов медицинской помощи, в том время как за остальные виды должна взиматься плата (либо по ДМС, либо путем прямой оплаты в кассу медицинского учреждения). В пользу других возможных вариантов (введение со-платежей на все виды медицинской помощи и для всех граждан; предоставление бесплатно всех видов медицинской помощи только социально незащищенным слоям населения, остальным группам населения вся помощь должна оказываться за плату; оставить все как есть, закрывая глаза на растущие неформальные платежи граждан) высказалось приблизительно равное число респондентов (по 8-9%).

Заключение

Результаты проведенного опроса свидетельствуют о том, что большая часть российских крупных и средних предприятий, действительно, являются субъектами деятельности по охране здоровья населения. Большинство работодателей осознает свою социальную ответственность за охрану здоровья работников. Они не ограничи-

вают свою роль уплатой налогов и взносов на ОМС своих работников, но и тратят и готовы тратить дополнительно свои средства на эти цели. Причем наиболее предпочтительной формой таких расходов работодатели называют добровольное медицинское страхование, что свидетельствует о значительном потенциале для развития этого института в нашей стране.

Работодатели готовы платить больше в систему ОМС, но при определенных условиях: улучшении качества медицинской помощи, включении в программу ОМС лекарственных средств для амбулаторного лечения, сокращение времени для получения медицинской помощи.

Справедливая система финансирования здравоохранения с позиций работодателей - это система социально дифференцированная и либеральная. Среди работодателей популярна идея разделения системы ОМС - для работающих и для неработающих граждан. Большинство работодателей занимают либеральную позицию по отношению к возможным вариантам участия граждан в

оплате медицинской помощи и считают, что ответственность государства должна быть ограничена бесплатным предоставлением населению лишь отдельных видов медицинских услуг.

Вместе с тем мнения работодателей разделились практически поровну по отношению к таким принципиальным вопросам организации финансирования медицинской помощи в нашей стране, как сохранение принципа общественной солидарности в финансировании медицинской помощи населению и возможное введение

запрета на предоставление в государственных и муниципальных медицинских учреждениях платных медицинских услуг. Такое расхождение позиций свидетельствует о необходимости поиска новых вариантов ответов на эти назревшие и крайне острые вопросы - ответов, которые могли бы обеспечить большую степень общественного согласия.

Для корреспонденции:

Шишкин Сергей Владимирович – научный руководитель Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ, доктор экономических наук. Сл. телефон: 8 (495) 621-63-97, E-mail: shishkin@hse.ru

Потапчик Елена Георгиевна – ведущий научный сотрудник Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ, кандидат экономических наук. Сл. телефон: 8 (495) 698-34-21, E-mail: epotapchik@hse.ru

Селезнева Елена Владимировна – аспирант НИУ ВШЭ. Сл. телефон: 8 (495) 621-63-97, E-mail: evselezneva@hse.ru

Институт экономики здравоохранения НИУ ВШЭ
Адрес: 101000, Москва, ул. Мясницкая, д. 20,

Sergey V. Shishkin – Scientific Director of the Institute for Public Health Economics of the National Research University at the Higher School of Economics, PhD, Dr. Economical Sciences, Tel. off.: 8 (495) 621-63-97, E-mail: shishkin@hse.ru

Elena G. Potapchik – Leading Researcher of the Institute for Public Health Economics of the National Research University at the Higher School of Economics, PhD in Economics, Tel. off.: 8 (495) 698-34-21, E-mail: epotapchik@hse.ru

Elena V. Selezneva – Fellow of the National Research University at the Higher School of Economics, Tel. off.: 8 (495) 621-63-97, E-mail: evselezneva@hse.ru

Address: the Institute for Public Health Economics of the National Research University at the Higher School of Economics, 20, Ul. Myasnitskaya, Moscow, 101000, Russia

УДК 614.2

Повышение качества медицинской помощи – наша общая цель

Д.Ш. Абдулазизов

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чеченской Республики



Д.Ш. Абдулазизов

Резюме

На сегодняшний день Чеченская Республика является одним из самых динамично развивающихся регионов Российской Федерации. И в этом, безусловно, заслуга Главы республики - Рамзана Ахматовича Кадыева, проводящего последовательную политику, направленную на качественное улучшение показателей всех сфер жизнедеятельности региона. Одним из

приоритетных направлений социальной политики является охрана здоровья населения.

Ключевые слова: модернизация здравоохранения, защита прав застрахованных, одноканальное финансирование.

Abstract

Improvement of medical care quality is our mutual purpose

D.S. Abdulazizov

The Territorial Foundations of Obligatory Medical Insurance of the Chechen Republic

At present the Chechen Republic is one of the dynamicaly most developing regions of the Russian Federation. And it is undoubtedly a merit of the Republic Head - Ramzan A. Kadyro, who performs a successive policy directed to a qualitative indices improvement for all spheres of vital func-

tions in the Region. The protection of population health is one of the priority trends in social policy.

Key words: modernization of public health, protection of insured people rights, one-channel financing.

В текущем году в Чеченской Республике, как и во всей России, стартовала программа модернизации здравоохранения на 2011–2012 годы. Ее реализация является одной из составляющей реформирования всей системы ОМС. Принятие закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», а также реализация программы модернизации здравоохранения должны существенно повысить качество оказываемой на территории Чеченской Республики медицинской помощи. Над этим уже работают в единой команде сотрудники Министерства здравоохранения, Территориального фонда ОМС Чеченской Республики и страховых медицинских организаций.

Программа модернизации здравоохранения Чеченской Республики, утвержденная постановлением Правительства ЧР от 29.03.2011 № 30, охватывает все вопросы, касающиеся улучшения ситуации в системе здравоохранения нашей республики на ближайшие годы, а именно: укрепление материально-технической базы медицинских учреждений, внедрение современных информационных систем и стандартов оказания медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами. Наряду с этими вопросами очень важным является переход на преимущественно



Рабочее совещание в кабинете у директора ТФОМС Чеченской республики Д.Ш. Абдулазизова.

одноканальное финансирование медицинской помощи в рамках системы ОМС, а также финансовое обеспечение программы модернизации здравоохранения республики. В конечном итоге медицинские организации, работающие в системе ОМС, в конкурентной борьбе должны будут ежедневно доказывать свою состоятельность конкретному пациенту. Именно выбор пациентом того или иного медицинского учреждения станет решающим фактором в работе всей системы ОМС. Основная задача и Министерства здравоохранения, и Территориального фонда ОМС Чеченской Республики заключается в том, чтобы обеспечить возможность пациенту сделать достойный выбор.

За прошедшие годы Территориальному фонду ОМС Чеченской Республики удалось многое, а именно: отработано взаимодействие по основным направлениям деятельности со всеми участниками системы ОМС, работает

система защиты прав застрахованных, внедрены информационные технологии, подобраны квалифицированные кадры. За годы своего существования система ОМС в Чеченской Республике стала важнейшим источником финансирования медицинской помощи. Рациональная финансовая политика Территориального фонда ОМС Чеченской Республики позволяет обеспечить целенаправленное и стабильное поступление средств в учреждения здравоохранения за оказанную гражданам медицинскую помощь.

Наша работа направлена прежде всего на укрепление состояния здоровья граждан. Нам еще предстоит приложить еще не мало усилий для улучшения общего состояния здоровья населения нашей республики. Общими усилиями мы обязательно улучшим наши показатели.

Для корреспонденции:

Абдулазизов Данилбек Шерваниевич – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской республики.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чеченской республики
Адрес: 364000, г. Грозный, ул. Ипподромная, 5.

Телефон (8712) 29-42-52, E-mail: tfoms.chr@mail.ru

Danilbek S. Abdulazizov – Director of the Territorial Obligatory Medical Insurance Foundation of the Chechen Republic.

Address: the Territorial Obligatory Medical Insurance Foundation of the Chechen Republic,
5 Ul. Ippodromnaya, Grozny city, 364000, Russia

Tel.: (8712) 29-42-52, E-mail: tfoms.chr@mail.ru

УДК 614.2

Опыт организационно-методической работы Республиканского фонда обязательного медицинского страхования «Дагестан». Результаты автоматизированных проверок эффективности деятельности участковых врачей-терапевтов в 2007-2010 годах

М.В. Сулейманов, У.К. Джамалутдинова

*Республиканский фонд обязательного медицинского
страхования «Дагестан»*



М.В. Сулейманов



У.К. Джамалутдинова

Резюме

Представлен опыт организационно-методической работы Республиканского фонда обязательного медицинского страхования «Дагестан». Подробно освещен анализ результатов автоматизированных проверок эффективности деятельности участковых врачей-терапевтов в рамках приоритетного национального проекта

«Здоровье» в Республике Дагестан в 2007-2010 годах.

Ключевые слова: Организационно-методическая деятельность, качество медицинской помощи, совершенствование работы по программному обеспечению, оценка деятельности участковых врачей-терапевтов

Abstract

Experience of organizational methodical activity of the Republic Foundation of Obligatory Medical Insurance «Dagestan». Results of automated tests for efficiency of district internists' activity between 2007 and 2010

M.V. Suleymanov, U.K. Jamalutdinova

The Republic Foundation of Obligatory Medical Insurance «Dagestan»

There is presented an experience of organizational methodical activity of the Republic Foundation of Obligatory Medical Insurance «Dagestan». Evaluation of results in automated tests of efficiency for district internists' activity is highlighted in detail within the priority national project

«Health» in the Republic Dagestan between 2007 and 2010.

Key words: organizational methodical activity, quality of medical care, improvement of activity in software provision, evaluation of district internists' activity.

В целях улучшения качества медицинской помощи, оказываемой жителям Республики Дагестан в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования, Республиканским фондом ОМС «Дагестан» на протяжении ряда лет наряду с плановой экспертизой регулярно проводятся тематические проверки

качества оказываемой медицинской помощи, в том числе обеспечения застрахованных в стационарах республики лечебным питанием и медикаментами, качества оказания медицинской помощи на терапевтических и педиатрических участках, организации деятельности школьных врачей, качества оказания медицинской помощи женщинам

детородного возраста, инвалидам и т.п. (рисунок 1) Большое внимание уделяется совершенствованию работы по программному обеспечению системы ОМС, что позволяет более эффективно выполнять задачи, стоящие перед РФОМС «Дагестан», повысить оперативность принимаемых управленческих решений и обеспечить высокую работоспособность структурных подразделений. Управлением автоматизации и информационного обеспечения постоянно осуществляется разработка нового, а также, сопровождение и модернизация существующего программного обеспечения. В 2007-2010 годах Управлением создано более 15 новых программных продуктов, в т.ч. для сопровождения ПНП «Здоровье», проведения автоматизированного анализа закупочных цен на

лекарственные средства и продукты питания в лечебных учреждениях входящих в систему ОМС, анализа взаиморасчетов между территориальными фондами ОМС, проведения метаэкспертизы качества оказания медицинской помощи гражданам застрахованным в системе ОМС и др. (рисунок 2)

В целях контроля качества первичной медико-санитарной помощи, оказываемой населению на уровне участкового звена в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2007 – 2010 годах фондом была проведена большая организационно-методическая работа. Специалистами Управления автоматизации и информационного обеспечения совместно с отделами организации



Итоговое совещание в РФОМС «Дагестан» за 2010 год по результатам проверок деятельности лечебных учреждений в системе ОМС

ОМС, методологии и анализа системы ОМС РФОМС «Дагестан» были разработаны автоматизированные программы оценки деятельности участковых терапевтов и педиатров в соответствии с критериями, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 19 апреля 2007г. №282 «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового». За истекший период экспертами фонда проведено более 2000 автоматизированных проверок деятельности участковых врачей-терапевтов и педиатров, участвующих в выполнении государственного задания по оказанию дополнительного объема медицинской помощи, по результатам которых регулярно давались рекомендации врачам и руководителям амбулаторно-поликлинических учреждений, а также, контролировалось их выполнение. В результате проведенной работы наметились положительные сдвиги в организации участковой службы: участковые терапевты и педиатры стали лучше владеть оперативной информацией по показателям здоровья населения на прикрепленном участке, возросла их ответственность в вопросах организации профилактической работы с населением.

Оказание населению качественной медицинской помощи на участке всегда было одной из важнейших задач отечественного здравоохранения. Для больного здравоохранение начинается с первичного звена, и, в конечном итоге, именно от уровня квалификации участкового врача



Разработка программы «Валкард»



Эксперты РФОМС «Дагестан» на обходе в муниципальной поликлинике №4 г.Махачкалы. Заведующий поликлиникой демонстрирует новое рентгенооборудование, полученное в рамках ПНП «Здоровье»

и, соответственно, уровня оказания первичной медико-санитарной помощи, зависит состояние здоровья пациента. Не секрет, что вопрос неадекватной оплаты труда медицинских работников всегда был камнем преткновения при попытке наладить должным образом организацию работы амбулаторно-поликлинического учреждения - нередко приходилось выслушивать от врачей, что они выполняют достаточный объем работы за ту «символическую» заработную плату, которую они получают. Трудно было не согласиться с этим утверждением. Вышедшее в 2006 году в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» постановление Правительства Российской Федерации от 28.12.2006г. № 825 «О порядке финансового обеспечения в 2007 году расходов и учета средств на выполнение учреждениями здравоохранения муниципальных образований, оказывающими первичную медико-санитарную помощь (а при их отсутствии - соответствующими учреждениями здравоохранения субъекта российской федерации либо при отсутствии на территории муниципального образования учреждений здравоохранения муниципальных образований и субъектов российской федерации медицинскими организациями, в которых в порядке, установленном законодательством российской федерации, размещен муниципальный заказ, за исключением медицинских учрежде-

ний, подведомственных главным распорядителям средств федерального бюджета), государственного задания по оказанию дополнительной медицинской помощи» было направлено именно на решение проблем участковой службы и повышение мотивации труда медицинских работников на уровне первичного звена путем увеличения оплаты их труда за счет выполнения дополнительного объема медицинской помощи [2].

В 2007 году в соответствии с постановлением Правительства РФ от 28.12.2006г. № 825 на оплату труда 3064 медицинских работников первичного звена в лечебные учреждения республики было перечислено 320536,43 тыс.руб.

При этом заработная плата участковых врачей - терапевтов, педиатров, врачей общей практики и их медсестер стала на порядок выше.

Казалось бы, можно было ожидать значительного улучшения показателей участковой службы. К сожалению, рост заработной платы участковых врачей и медицинских сестер не привел к ожидаемому росту качества медицинского обслуживания пациентов на участке. Тематическая проверка организации участковой работы, проведенная специалистами РФОМС «Дагестан» в амбулаторно-поликлинических учреждениях республики в 1-м полугодии 2007 года, показала, что участковые терапевты не владели в полной мере оперативной информацией по своему участку, зачастую не проводили анализ динамики



Опрос больных об удовлетворенности качеством медицинского обслуживания на участке. Совместный обход экспертов РФОМС «Дагестан» и руководства поликлиники №4

показателей заболеваемости, первичного выхода на инвалидность, смертности на прикрепленном участке. Отсутствовало регулярное диспансерное наблюдение за отдельными категориями граждан (с хроническими заболеваниями, часто длительно болеющими, имеющими право на получение набора социальных услуг, неработающими пенсионерами и пр.), не в полной мере проводились оздоровительные мероприятия по итогам дополнительной диспансеризации работающего населения и т.п.). То есть страдало именно профилактическое направление в работе, способствующее выявлению патологии на ранних стадиях и дающее возможность реально снизить показатели первичного выхода на инвалидность и смертности населения.

В связи с тем, что особое внимание в 2008 году планировалось уделить вопросам качества оказания медицинской помощи в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», специалистами РФОМС «Дагестан» по заданию руководства была разработана автоматизированная программа оценки деятельности участковых врачей – терапевтов «Valcard», которая позволяла проводить глубокий анализ всех параметров участковой службы в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 19 апреля 2007г. №282 «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового» [1]. При разработке программы



Обсуждение результатов проверки работы участковых терапевтов с заведующей поликлиникой №4 г.Махачкалы

специалистами были использованы такие критерии как выполнение плана посещений, профилактическая работа (профосмотры, прививки, диспансеризация населения и т.п.), динамика показателей здоровья на участке, результаты экспертизы качества медицинской помощи (дефектура, выявленная при проверке амбулаторных карт), проводимые оздоровительные мероприятия, отсутствие замечаний и жалоб пациентов и т.п. Каждому параметру в зависимости от количественной характеристики соответствовало определенное количество баллов. Программа дала возможность оценивать деятельность участковых терапевтов по 100-балльной шкале и автоматически

выводить свод результатов проверок в разрезе лечебных учреждений, филиалов РФОМС «Дагестан» и в целом по республике и была пригодна для проведения как вневедомственной так и ведомственной экспертизы качества, а также могла быть использована непосредственно врачом-терапевтом для самостоятельного анализа своей работы.

В зависимости от количества набранных баллов по итогам проверки были определены 5 групп:

I группа – (80-100 баллов) – признать деятельность врача эффективной

II группа – (60-80 баллов) - признать деятельность врача удовлетворительной

III группа – (40-60 баллов) – рекомендовано дать срок для улучшения показателей



Анализ результатов проверок работы участковых терапевтов в Управлении организации ОМС РФОМС «Дагестан»

IV группа – (20-40 баллов) – рекомендовано приостановить дополнительные выплаты

V группа – (0-20 баллов) – рекомендовано расторгнуть договор на оказание дополнительного объема услуг в рамках ПНП «Здоровье».

С 2008 года, когда программа была запущена в эксплуатацию, экспертами РФОМС «Дагестан» и 20 филиалов ежеквартально проводились автоматизированные проверки деятельности участковых терапевтов в курируемых ими амбулаторно-поликлинических лечебных учреждениях. В течение 2008 года проверками были охвачены более 50% врачей республики.

По результатам проверок регулярно давались рекомендации руководителям АПУ и непосредственно участковым врачам по улучшению организации работы на участке, а также. В целях контроля выполнения данных рекомендаций проводились повторные проверки.

Приведем некоторые статистические данные по итогам проверок. Всего в регистре на 1 января 2008г. состояло 715 врачей-терапевтов. С начала 2008г. экспер-

тами РФОМС «Дагестан» с помощью автоматизированной программы была проверена деятельность 421 врача, что составило 57,2% от общего количества врачей в регистре (за 1 полугодие было проверено 26,1% врачей, за 9 мес. – 40,3 %). Обслуживаемое проверенными врачами население составило 895 878 человек, т.е. в среднем на 1 врача приходилось по 2 127 человек, что превышало установленный норматив прикрепленного населения на участке и соответственно затрудняло проведение профилактических мероприятий.

По итогам 2008 года деятельность участковых терапевтов признана

- высокоэффективной - у 65 врачей (15,4%)
- удовлетворительной - у 150 врачей (35,6%)
- малоэффективной - у 113 врачей (26,8%)
- неэффективной - у 88 врачей (20,9%)
- крайне неудовлетворительной - у 6 врачей -1,4 %

Данные анализа результатов проверок в 2008 году представлены в *таблице 1*

Таблица 1.

Сравнительный анализ результатов проверок по итогам 1 квартала, 9 месяцев и 2008г. (по нарастающей).

Оценка деятельности участковых терапевтов	в баллах	1 квартал 2008г.		9 месяцев 2008г.		2008 г.	
		кол-во провер. врачей	%	кол-во провер. врачей	%	кол-во провер. врачей	%
высокоэффективная	80-100	5	2,4%	21	9,1%	65	15,4%
удовлетворительная	60-80	60	29,1%	111	35,2%	150	36,5%
малоэффективная	40-60	65	31,6%	85	28,5%	113	25,8%
неэффективная	0-40	67	32,5%	74	24,8%	88	20,9%
неудовлетворительная	менее 0	9	4,4%	7	2,4%	6	1,4%
Итого проверено врачей		206 врачей		298 врачей		421 врачей	



Рисунок 1. Тематические проверки качества медицинской помощи, оказываемой населению в лечебных учреждениях Республики Дагестан



Программа «Valcard»



Программы учёта и экспертизы диспансеризации работающих граждан «Disp_Foms_2008» и «Disp_Exp_2008»



Автоматизированная система учёта страхователей и платежей «InPlat»



Программа «Infoms»



Автоматизированный анализ закупочных цен на лекарственные средства в лечебных учреждениях, входящих в систему ОМС

Рисунок 2. Программное обеспечение системы ОМС РД

По итогам 2008 года основная дефектура была выявлена по следующим критериям:

- недостаточная полнота охвата лечебно-профилактической помощью лиц, состоящих под диспансерным наблюдением выявлена у 73,5% проверенных врачей (для сравнения – в 1 полугодии 2008г. подобная дефектура была выявлена у 92% от общего количества проверенных врачей, по итогам 9 месяцев - 83%);

- низкий уровень посещений с профилактической целью – у 50,8% врачей (в 1 полугодии -64% от числа проверенных, за 9 мес.-55,3%);

- недостаточная полнота охвата динамическим наблюдением отдельных категорий граждан (в 1 полугодии - 39,4% от числа проверенных, за 9 мес.- 40,2%) и др.

При этом, такие показатели, как охват флюорографическим обследованием и профилактическими прививками застрахованных, к концу года значительно возросли.

Так, к примеру, охват флюорографическим обследованием лиц от числа подлежащих составил к концу года более 82% к плану у 92,4% врачей (в 1 полугодии - у 43% врачей от числа проверенных, за 9 мес.-56,3%). Такая же ситуация - и с профилактическими прививками против гепатита В.

Таким образом, в результате проведенной работы произошли определенные положительные сдвиги в организации участковой службы: участковые терапевты стали регулярно проводить анализ своей работы, лучше

владеть оперативной информацией по показателям здоровья населения на своем участке, возросла их ответственность в вопросах улучшения оказания первичной медико-санитарной помощи на участке.

Хотя анализ результатов проверок по итогам 2008г. показал, что, при определенном улучшении общих показателей оказания первичной медико-санитарной помощи на терапевтическом участке, уровень организации работы и обслуживания населения на терапевтическом участке в целом был недостаточно высок (48,1% врачей-терапевтов от числа проверенных набрали менее 60 баллов из 100 по критериям оценки), в целом проведение в 2008 году обширной тематической проверки, которая охватила более половины всех участковых терапевтов республики, дало положительные результаты.

По сведениям директоров межрайонных филиалов фонда, именно в тех районах, где руководители ЛПУ приняли соответствующие меры по нашим рекомендациям, произошли положительные сдвиги в организации работы участковой службы. В ряде районов республики по инициативе директоров филиалов РФОМС терапевтам, признанным лучшими по итогам проверок, была объявлена благодарность (Атаева Р.М. – УБ с.Эрпели Буйнского района, Алиева П.А.- ЦГБ г.Буйнакса и т.д.), в отдельных случаях выделено материальное поощрение (Фирсова Е.В., Мусавузова А.Б.- Тарумовская ЦРБ). В то же время за низкие показатели работы к врачам при-

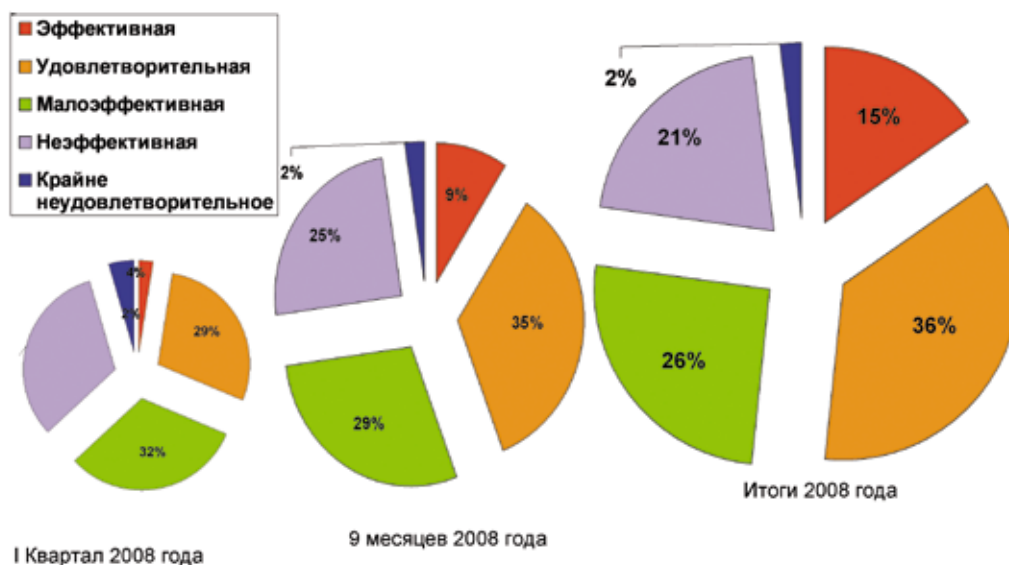


Рисунок 3. Оценка деятельности участковых врачей-терапевтов в 2008 г. по результатам автоматизированной проверки РФОМС «Дагестан» (%)

менялись меры дисциплинарного взыскания, 67 врачам были приостановлены дополнительные выплаты и дан срок для исправления допущенных в работе недостатков (Кизилюртская ЦРБ, Ногайская ЦРБ, Ботлихская ЦРБ, и др.). Интересен опыт Кизилюртской ЦГБ, где в 2009 году приказом главного врача было предписано заведующим отделениями ежеквартально проводить проверки всех участковых врачей по автоматизированной программе и по результатам оценки представлять итоговый ранжированный показатель работы для учета при заключении договора о дополнительных выплатах в рамках

ПНП «Здоровье». В некоторых лечебных учреждениях главные врачи ограничились устным предупреждением врачам, показавшим неудовлетворительные результаты работы (ЦГБ г.Дербента, Ю.-Сухокумская), в других – обсуждением результатов проверок в коллективе (Хунзахская ЦРБ).

Немаловажную роль сыграли активность и творческий подход к работе сотрудников филиалов РФОМС «Дагестан» – таких как Панфилов В.В. (Тарумовский филиал), Гасанов Г.М. (Хунзахский филиал), Алиев А.Р., Алибориева П.Ш. (Буйнакский филиал), Шонина Т.В. (Кизлярский



Рисунок 4. Структура дефектуры, выявленной при проведении автоматизированных проверок деятельности участковых терапевтов

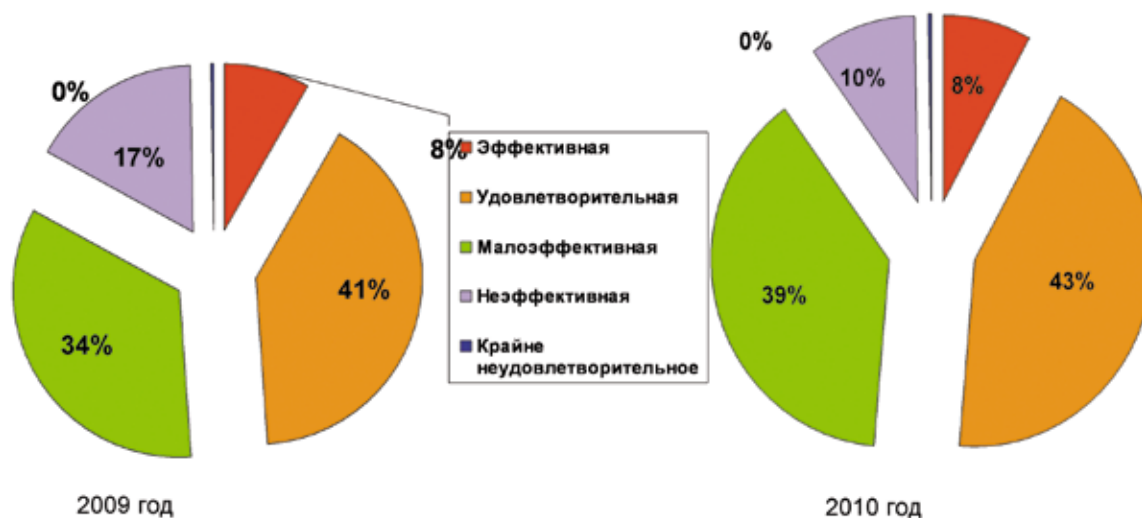


Рисунок 5. Оценка деятельности участковых врачей-терапевтов в 2009-2010 г.г. по результатам автоматизированной проверки РФОМС «Дагестан» (в процентном соотношении)

филиал), Баркаев Г.С., Ибрагимова М.А. (Дербентский филиал), Гасанова З.Г., Муталипова Р.З. (Избербашский филиал), Назырова А.И. (Хасавюртовский городской филиал), Боташев З.Г., Абакарова Д.Р. (Хасавюртовский районный филиал), Алибеков А.Г. (Шамильский филиал), и др. - проверено

Учитывая важность непрерывного контроля над медицинской помощью на уровне первичного звена, проверки эффективности деятельности участковых врачей внесены в план работы РФОМС «Дагестан». Результаты

проверок ежеквартально представляются филиалами РФОМС «Дагестан» в отдел методологии и анализа системы ОМС, где проводится анализ выявленной дефектуры в разрезе лечебных учреждений республики (рисунок 4). Сводные данные по дефектуре доводятся до сведения Министерства здравоохранения РД и при необходимости – до глав муниципальных образований для принятия соответствующих мер.

Данные анализа результатов проверок по итогам 2009-2010г.г. представлены в таблице 2.

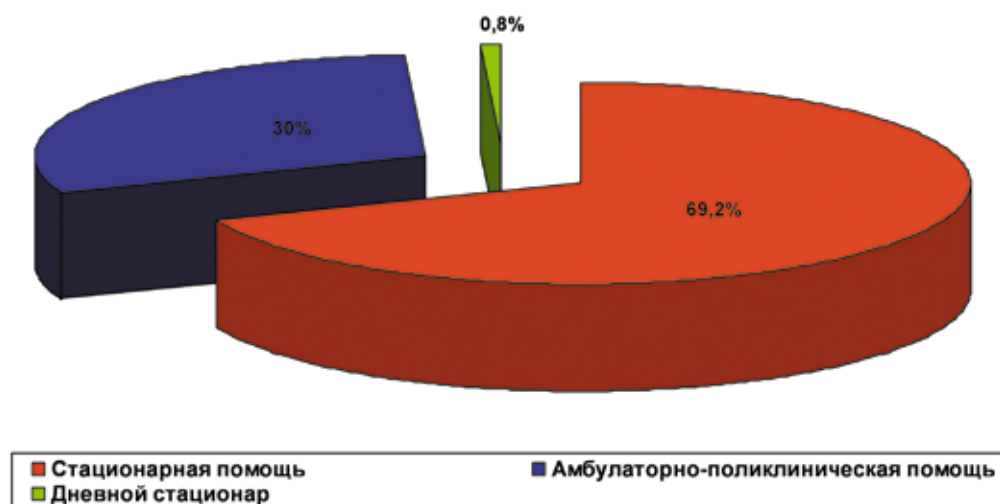


Рисунок 6. Амбулаторно-поликлиническая помощь в общем объеме медицинских услуг в 2010 году составила 30%

Таблица 2.
Сравнительный анализ результатов проверок по итогам 2009 и 2010г.г.

Группа оценки	Оценка деятельности участковых терапевтов	в баллах	2009г.		2010 г.	
			кол-во провер. врачей	%	кол-во провер. врачей	%
I группа	высокоэффективная	80-100	55	8,4	40	8,0
II группа	удовлетворительная	60-80	265	40,8	214	43,6
III группа	малоэффективная	40-60	222	34,2	193	38,8
IV группа	неэффективная	0-40	105	16,8	49	9,8
V группа	неудовлетворительная	менее 0	2	0,3	1	0,2
	Итого проверено врачей		649		497	

Как видно из таблицы 2 при определенной положительной динамике значительного улучшения показателей работы участковых терапевтов в 2009-2010г.г. в сравнении с 2008 годом не произошло (рисунок 5). Это связано как с объективными (недостаточное материально-техническое обеспечение АПУ, удаленность населенных пунктов в условиях горной местности), так и с субъективными причинами (недостаточная квалификация отдельных врачей, неудовлетворительная организация работы в ряде лечеб-

ных учреждений сельской местности). В то же время снизилось количество врачей, показавших неэффективную и неудовлетворительную работу (менее 40 баллов): в 2008 году - 22,3%, в 2009 году - 17,1%, в 2010 году - 10,0%. Таким образом, регулярный контроль над деятельностью участковых врачей приносит определенные результаты.

В конце 2009г. по аналогии с программой «Валкард» специалистами Управления автоматизации и отдела методологии и анализа системы ОМС была разработана



Директор Республиканского фонда ОМС «Дагестан» М.В. Сулейманов на обходе в Республиканском медицинском центре «Госпиталь ветеранов войны»

автоматизированная программа оценки деятельности участковых педиатров, что значительно облегчило проведение проверок организации работы на педиатрических участках и дало возможность анализировать работу педиатров в масштабе республики.

В 2010 году продолжалась работа по проверке деятельности врачей-терапевтов участковых (рисунок 6) в соответствии с постановлением правительства РФ от 29 декабря 2009 года № 1110 «О порядке предоставления субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей)» [3].

Выводы:

1. Организационно-методическая деятельность Республиканского фонда обязательного медицинского страхования «Дагестан» способствует повышению контроля качества оказываемой населению Республики Дагестан медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС РД и приоритетного национального проекта «Здоровье».

2. Программа «Валкард» позволяет проводить вневедомственный и внутриведомственный контроль деятельности участковых врачей-терапевтов и рекомендована для использования заведующим отделениями амбулаторно-поликлинических учреждений республики в целях проведения оперативного анализа организации участковой работы с прикрепленным населением.

3. Вневедомственный контроль качества оказываемой населению медицинской помощи на уровне первичного звена приводит к положительным результатам при согласованной деятельности региональных органов исполнительной власти, территориальных фондов ОМС и лечебных учреждений.

3. Регулярный мониторинг вневедомственного контроля организации работы в участковых врачей в амбулаторно-поликлинических учреждениях приводит к положительным результатам в организации работы на уровне первичного звена.

Литература:

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 апреля 2007г. №282 «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового».

2. Постановление Правительства РФ от 28.12.2006г. № 825 «О порядке финансового обеспечения в 2007 году расходов и учета средств на выполнение учреждениями здравоохранения муниципальных образований, оказывающими первичную медико-санитарную помощь (а при их отсутствии - соответствующими учреждениями здравоохранения субъекта Российской Федерации либо при отсутствии на территории муниципального образования учреждений здравоохранения муниципальных образований и субъектов Российской Федерации медицинскими организациями, в которых в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, размещен муниципальный заказ, за исключением медицинских учреждений, подведомственных главным распорядителям средств федерального бюджета), государственного задания по оказанию дополнительной медицинской помощи».

3. Постановление Правительства РФ от 29.12.2009г. №1110 «О порядке предоставления субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей)»

Для корреспонденции:

Сулейманов Магомед Валибагандович – директор Республиканского фонда ОМС «Дагестан»
Телефон: (8722)68-03-04, E-mail: rfoms-dagestan51@mail.ru

Джамалутдинова Ума Касимовна – начальник отдела методологии и анализа системы ОМС Республиканского фонда ОМС «Дагестан», Телефон: (8722)99-04-20, E-mail: rfoms-dagestan51@mail.ru

Республиканский фонд обязательного медицинского страхования «Дагестан»
Адрес: 367008, Махачкала, ул. Ляхова 47-а

Magomed V. Suleymanov – Director of the Republican Obligatory Medical Insurance Foundation <Dagestan>
Tel.: (8722)68-03-04, E-mail: rfoms-dagestan51@mail.ru

Uma K. Djamalutdinova – Head of the Department for Methodology and Analysis of the OMI System at the Republican OMI Foundation <Dagestan>, Tel.: (8722)99-04-20 E-mail: rfoms-dagestan51@mail.ru

Address: the Republican Obligatory Medical Insurance Foundation <Dagestan>, 47-a, Ul. Lyakhova, Makhachkala city, 367008, Russia

Краткий обзор тематики диссертаций по теме «Общественное здоровье и здравоохранение», выполненных в 2010-2011 гг.

Кандидатские диссертации

И.А. Абазова

Пути оптимизации деятельности лечебно-профилактических учреждений в условиях обязательного медицинского страхования (на примере Кабардино-Балкарской республики)

Доказано влияние финансирования здравоохранения на развитие системы здравоохранения Кабардино-Балкарской республики. Установлены различия в финансовом обеспечении медицинской помощи работающего и неработающего населения республики в рамках реализации Программы государственных гарантий. Выявлены различия в интенсивности посещений территориальных поликлиник в зависимости от пола, возраста, национальности, состояния здоровья населения. Выявлен дефицит финансирования при реализации Программы Государственных гарантий и недостатки в организации деятельности дневных стационаров, что позволило разработать практические рекомендации по совершенствованию лечебно-профилактической помощи в условиях обязательного медицинского страхования.

Анализ состояния здоровья населения и демографической ситуации в Кабардино-Балкарии, изучение мнения респондентов по удовлетворенности качеством и доступности медицинской помощи составляет базу для планирования различных этапов медицинской помощи в рамках реализации Территориальной Программы государственных гарантий (ТПГГ). Разработаны практические рекомендации по совершенствованию лечебно-профилактической помощи в условиях обязательного медицинского страхования, которые могут быть использованы не только в Кабардино-Балкарской Республике, но и на уровне субъектов Российской Федерации с аналогичным состоянием здравоохранения при анализе и планировании объемов медицинской помощи застрахованным гражданам.

Результаты диссертационного исследования применяются в учебном процессе на кафедре общественного здоровья и организации здравоохранения медицинского факультета Кабардино-Балкарского государственного университета, на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Северо-Осетинской медицинской академии. Они используются при повышении квалификации по общественному здоровью и организации здравоохранения, на тематических и сертификационных курсах для врачей.

Научный руководитель:
д.м.н., профессор, академик РАМН В.И. Стародубов

Работа выполнена в ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава».
Специальность: 14.02.03 - Общественное здоровье и здравоохранение.

Е.Л. Вологодина

Современные подходы совершенствования службы охраны здоровья детей (по материалам Вологодской области)

Впервые проанализирована с научной точки зрения динамика медико-демографических процессов и состояние здоровья детей Вологодской области. По основным показателям представлена научно обоснованная оценка организации лечебно-профилактической помощи детям. Изучено мнение врачей по вопросам организации оказания медицинской помощи детскому населению. Проанализирована медицинская активность семей, воспитывающих ребенка. Разработаны медико-организационные мероприятия, направленные на совершенствование службы охраны здоровья детей с учетом потребностей детского населения в различных видах медицинской помощи на региональном уровне.

Научно-практическая значимость исследования определяется его результатами, позволяющими представить в органы власти и управления, учреждения практического здравоохранения комплекс научно обоснованных рекомендаций организационного и медико-социального характера, направленных на сохранение и укрепление здоровья детского населения, совершенствование лечебно-профилактической помощи детям. Выводы и практические предложения диссертации могут быть использованы для совершенствования организации медицинской помощи детскому населению в других регионах России.

Полученные в ходе исследования результаты внедрены в практическую деятельность: Министерства здравоохранения Мурманской области (Акт о внедрении от 24.02.2011 г. № 2-214); Департамента здравоохранения Вологодской области (Акт о внедрении от 10.03.2011 г. № 3-356); Министерства здравоохранения Республики Коми (Акт о внедрении от 01.03.2011 г. № 2-257); Управления здравоохранения мэрии г. Череповец (Акт о внедрении от 21.02.2011 г. № 1-20/48).

Материалы исследования используются в процессе преподавания для студентов, интернов, клинических ординаторов, аспирантов и слушателей на кафедрах социальной педиатрии и организации здравоохранения ФПК и ПП, общественного здоровья и здравоохранения ГОУ ВПО «Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии» Минздрава-соцразвития РФ.

Научный руководитель:
Заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор В.И. Орел

Работа выполнена на кафедре социальной педиатрии и организации здравоохранения факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.
Специальность: 14. 02. 03 - Общественное здоровье и здравоохранение.



НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ

**ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ****ПОСТАНОВЛЕНИЕ**

от 20 июля 2011 г. № 593

МОСКВА

**ОБ ОСОБЕННОСТЯХ
ПОСТАНОВКИ НА УЧЕТ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ СТРАХОВАТЕЛЕЙ
И УПЛАТЫ ИМИ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ**

В соответствии с частью 7 статьи 17 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» Правительство Российской Федерации постановляет:

1. Установить, что организации, имеющие такие дислоцированные за пределами Российской Федерации обособленные подразделения, как объединения, соединения, воинские части и организации Вооруженных Сил Российской Федерации, других войск, воинских формирований и органов (далее - воинские формирования), военные суды, военные прокуратуры и военные следственные органы Следственного комитета Российской Федерации, учитываются для целей обязательного медицинского страхования в качестве страхователей для неработающих граждан Российской Федерации, являющихся членами семей военнослужащих (далее - страхователи), в территориальных фондах обязательного медицинского страхования по месту нахождения соответствующих организаций (органов).

Обязанности указанных организаций (органов), связанные с постановкой их на учет в качестве страхователей, исполняются воинскими формированиями, военными судами, военными прокуратурами и военными следственными органами Следственного комитета Российской Федерации.

2. Постановка на учет организаций (органов), указанных в пункте 1 настоящего Постановления, в качестве страхователей осуществляется территориальными фондами обязательного медицинского страхования в порядке, установленном Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, одновременно с их учетом (регистрацией) в качестве плательщиков страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

3. Федеральным органам исполнительной власти, имеющим воинские формирования: довести до территориальных фондов обязательного медицинского страхования сведения об организациях, которые подлежат постановке на учет в качестве страхователей, и воинских формированиях; обеспечить подачу до 20 января 2012 г. воинскими формированиями заявлений о постановке на учет в качестве страхователей с приложением необходимых документов.

4. Рекомендовать Судебному департаменту при Верховном Суде Российской Федерации, Генеральной прокуратуре Российской Федерации и Следственному комитету Российской Федерации:

довести до территориальных фондов обязательного медицинского страхования сведения об организациях (органах), которые подлежат постановке на учет в качестве страхователей, военных судах, военных прокуратурах и военных следственных органах Следственного комитета Российской Федерации;

обеспечить подачу до 20 января 2012 г. военными судами, военными прокуратурами и военными следственными органами Следственного комитета Российской Федерации заявлений о постановке на учет в качестве страхователей с приложением необходимых документов.

5. Уплата страхователями страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения осуществляется в порядке и сроки, установленные статьей 24 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

6. Настоящее Постановление вступает в силу с 1 января 2012 г.

Председатель Правительства
Российской Федерации
В.ПУТИН



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П Р И К А З

от 9 сентября 2011 г. N 1036н

МОСКВА

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРАВИЛА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, УТВЕРЖДЕННЫЕ ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 28 ФЕВРАЛЯ 2011 Г. № 158Н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ»

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 15 февраля 2011 г. N 74 «О правилах обязательного медицинского страхования» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 8, ст. 1119) приказываю:

1. Внести изменения в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 3 марта 2011 г. N 19998) с изменением, внесенным Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 10 августа 2011 г. N 897н «О внесении изменения в Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 12 августа 2011 г. N 21609), согласно приложению.

2. Настоящий Приказ вступает в силу с 1 января 2012 г.

Врио Министра
В.С.БЕЛОВ

Комментарий к Приказу Минздравсоцразвития России от 9 сентября 2011 г. № 1036н

С целью реализации отдельных статей Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», вступающих в силу с 1 января 2012 года, которые регулируют взаимодействие участников обязательного медицинского страхования, Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации подготовлены Изменения в Правила обязательного медицинского страхования (приказ от 9.09.2011 № 1036н).

Приказом утверждено Положение о Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, определен ее состав, в который на паритетных началах входят представители органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, территориального фонда ОМС, страховых медицинских организаций и медицинских организаций, представители профессиональных союзов или их объединений (ассоциаций), работающих на территории субъекта Российской Федерации. Комиссия будет разрабатывать проект территориальной программы ОМС, в том числе вырабатывать предложения по видам медицинской помощи, перечню заболеваний, порядку и условиям предоставления медицинской помощи по ОМС, включая сроки ожидания медицинской помощи, распределять объемы предоставления медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями.

Кроме того, приказом внесены изменения в порядок финансового взаимодействия между территориальными фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями в части конкретизации целевых средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, и собственных средств страховой медицинской организации, предусмотрена возможность направления в страховые медицинские организации и медицинские организации вознаграждений за выполнение целевых значений доступности и качества медицинской помощи.

Приложение
к Приказу Министерства
здравоохранения и социального
развития Российской Федерации
от 9 сентября 2011 г. № 1036н

**ИЗМЕНЕНИЯ, КОТОРЫЕ ВНОСЯТСЯ В ПРАВИЛА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ,
УТВЕРЖДЕННЫЕ ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 28 ФЕВРАЛЯ 2011 Г. N 158Н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ»**

1. В сноске к пункту 1 после слов «ст. 6422» дополнить словами «; 2011, N 25, ст. 3529.».
2. Пункт 2 дополнить словами «; положение о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования согласно приложению N 1 к настоящим Правилам».
3. Подпункт 1 пункта 6 дополнить абзацем следующего содержания: «категория застрахованного лица в соответствии со статьей 10 Федерального закона;».
4. В пункте 38 слова «В день обращения» заменить словами «Не позднее одного рабочего дня, следующего за днем обращения».
5. Подпункт 1 пункта 56 дополнить абзацем следующего содержания: «категория застрахованного лица в соответствии со статьей 10 Федерального закона;».
6. В пункте 70 слова «приложению N 1» заменить словами «приложению N 2».
7. В пункте 88 слова «приложению N 2» заменить словами «приложению N 3».
8. Пункт 112 изложить в следующей редакции:
«112. Страховая медицинская организация в соответствии с договором о финансовом обеспечении представляет в территориальный фонд:
заявку на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи (далее - Заявка на авансирование);
заявку на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь (далее - Заявка на получение средств на оплату счетов) для проведения окончательного расчета с медицинскими организациями.
В заявку на авансирование включается объем средств, необходимый для направления в медицинские организации в соответствии с заявками медицинских организаций на авансирование оплаты медицинской помощи.
В заявку на получение средств на оплату счетов включается объем средств для оплаты медицинской помощи за отчетный месяц, определенный территориальным фондом с учетом дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения обязательного медицинского страхования (далее - дифференцированные подушевые нормативы), за исключением средств, направленных в страховую медицинскую организацию в отчетном месяце в порядке авансирования. В случае недостатка указанного объема средств для оплаты медицинской помощи в отчетном месяце заявка увеличивается в пределах остатка целевых средств, возвращенных в территориальный фонд в предыдущие периоды.».
9. Дополнить пунктами 112.1 - 112.3 следующего содержания:
«112.1. Заявка на получение средств на оплату счетов должна содержать следующие сведения:
1) наименование страховой медицинской организации;
2) наименование территориального фонда;
3) период, на который составляется заявка;
4) дату и номер договора о финансовом обеспечении;
5) численность застрахованных лиц в данной страховой медицинской организации, определенная как среднее значение между количеством застрахованных на первое число отчетного месяца и первое число текущего месяца (далее - среднемесячная численность);
6) размер финансового обеспечения, утвержденный территориальным фондом по дифференцированным подушевым нормативам;
7) размер средств для оплаты медицинской помощи в пределах остатка целевых средств, возвращенных в территориальный фонд в предыдущие периоды (заполняется в случае недостатка средств, поступивших по дифференцированным подушевым нормативам);
8) дату составления заявки.
Заявка заверяется подписью руководителя и главного бухгалтера страховой медицинской организации и печатью

страховой медицинской организации.

112.2. Остаток целевых средств, полученных по заявкам, страховая медицинская организация возвращает в территориальный фонд в течение трех рабочих дней после завершения расчетов с медицинскими организациями за отчетный месяц.

Остаток целевых средств, возвращенный в территориальный фонд, может быть заявлен страховой медицинской организацией для оплаты медицинской помощи в последующие периоды в случае превышения для данной страховой медицинской организации в отчетном месяце фактического объема средств на оплату медицинской помощи над объемом средств для оплаты медицинской помощи, определенным с учетом дифференцированных подушевых нормативов. Средства, предназначенные на расходы на ведение дела, с указанных средств страховой медицинской организации не направляются.

При недостатке целевых средств, полученных по заявкам, для оплаты медицинской помощи средства предоставляются из нормированного страхового запаса территориального фонда в соответствии с порядком использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда, установленным Федеральным фондом <23.1>.

<23.1> Приказ Федерального фонда от 1 декабря 2010 г. N 227 «О порядке использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован Минюстом России 27 января 2011 г., регистрационный N 19588).

Территориальный фонд ведет учет расходования целевых средств на оплату медицинской помощи каждой страховой медицинской организацией.

В случае наличия по истечении календарного года экономии целевых средств, образовавшейся в результате превышения суммы ежемесячных объемов средств для оплаты медицинской помощи, рассчитанных для страховой медицинской организации исходя из количества застрахованных лиц в данной страховой медицинской организации и дифференцированных подушевых нормативов, над объемом целевых средств, фактически направленных страховой медицинской организацией на оплату медицинской помощи, с учетом средств, полученных из нормированного страхового запаса территориального фонда, 10 процентов экономии целевых средств предоставляются страховой медицинской организации в сроки, установленные договором о финансовом обеспечении.

112.3. Средства, предназначенные на расходы на ведение дела, представляются страховой медицинской организации в пределах установленного норматива в соответствии с договором о финансовом обеспечении.».

10. В пункте 113 исключить слова «(далее - дифференцированные подушевые нормативы)».

11. Пункт 116 изложить в следующей редакции:

«116. Предварительный объем финансирования каждой страховой медицинской организации (ФП) рассчитывается по формуле:

$$\Phi П = \sum D_i \times Ч_i, \text{ где:}$$

D_i - дифференцированный подушевой норматив для i-той половозрастной группы застрахованных лиц;

$Ч_i$ - среднемесячная численность застрахованных лиц в каждой страховой медицинской организации.».

12. Пункт 121 изложить в следующей редакции:

«Территориальный фонд и страховая медицинская организация ежемесячно проводят сверку расчетов, по результатам которой составляют акт сверки расчетов (далее - Акт).

Акт должен содержать следующие сведения:

- 1) наименование территориального фонда;
- 2) наименование страховой медицинской организации (филиала страховой медицинской организации);
- 3) дата, по состоянию на которую производится сверка расчетов;
- 4) остаток целевых средств в страховой медицинской организации на начало отчетного периода;
- 5) объем поступивших целевых средств всего, в том числе:
 - а) по дифференцированным подушевым нормативам;
 - б) за счет остатка целевых средств, возвращенных в территориальный фонд в предыдущие периоды;
 - в) из средств нормированного страхового запаса;
 - б) объем поступивших средств, предназначенных на расходы на ведение дела страховой медицинской организации;
- 7) средства, поступившие из медицинских организаций в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
- 8) средства, поступившие от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц;
- 9) направлено средств на оплату медицинской помощи в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи;

10) сформировано собственных средств страховой медицинской организацией, в том числе:

- а) средства, предназначенные на расходы на ведение дела страховой медицинской организации;
- б) средства, сформированные по результатам проведения медико-экономической экспертизы;
- в) средства, сформированные по результатам проведения экспертизы качества медицинской помощи;
- г) средства, сформированные по результатам уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;
- д) средства, поступившие от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц;

11) остаток средств, возвращенный в территориальный фонд;

12) остаток целевых средств в страховой медицинской организации на конец отчетного периода.

Акт заверяется подписями руководителя и главного бухгалтера территориального фонда, руководителя и главного бухгалтера страховой медицинской организации и печатями территориального фонда и страховой медицинской организации.».

13. Пункт 122 после слов «подлежащей оплате за счет средств обязательного медицинского страхования» дополнить словами «в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными территориальной программой, а также средства для выплаты вознаграждения медицинской организации за выполнение целевых значений доступности и качества медицинской помощи.».

14. Пункт 123 изложить в следующей редакции:

«123. Оплате за счет средств обязательного медицинского страхования подлежит объем предоставления медицинской помощи, установленный на год с поквартальной разбивкой и обоснованной последующей корректировкой, учитывающий:

1) количество прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим амбулаторную медицинскую помощь, и показателей объемов предоставления медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденных территориальной программой, с учетом показателей потребления медицинской помощи, видов медицинской помощи, условий предоставления медицинской помощи и врачебных специальностей;

2) показатели объемов предоставления медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденных территориальной программой, с учетом профилей отделений (коек), врачебных специальностей, видов медицинской помощи и условий ее предоставления медицинскими организациями, не имеющими прикрепленных застрахованных лиц;

3) количество диагностических и (или) консультативных услуг для обеспечения потребности медицинских организаций по выполнению стандартов медицинской помощи и порядков ее оказания по заболеваниям и состояниям в полном объеме при отсутствии или недостаточности у медицинских организаций данных диагностических и (или) консультативных услуг, в целях учета в договорах с медицинскими организациями, оказывающими только указанные услуги в соответствии с правом на их осуществление;

4) соотношение оказанных объемов предоставления медицинской помощи и оплаченных страховыми медицинскими организациями;

5) территориальную доступность отдельных видов медицинской помощи;

6) необходимость и возможность внедрения и развития новых современных медицинских технологий;

7) наличие ресурсного, в том числе кадрового, обеспечения планируемых объемов предоставления медицинской помощи;

8) права пациента на выбор медицинской организации и врача;

9) возможность достижения оптимальной медицинской, экономической и социальной эффективности использования материально-технических и финансовых ресурсов;

10) возможность достижения социально значимых показателей деятельности здравоохранения, ориентированных на результат.».

15. Пункт 125 дополнить абзацем следующего содержания:

«При определении ежемесячного объема финансирования конкретной медицинской организации, оказывающей амбулаторную медицинскую помощь, страховые медицинские организации учитывают численность прикрепившихся застрахованных лиц на основе акта сверки численности по договору на оказание и оплату медицинской помощи и тарифы, установленные на основе подушевого норматива финансирования.».

16. Пункт 126 дополнить абзацами следующего содержания:

«При оплате амбулаторной медицинской помощи на основе подушевого финансового обеспечения в реестр счетов могут включаться дополнительные сведения в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, применяемыми в субъекте Российской Федерации.

При оказании медицинской помощи лицу, не предъявившему полис в случаях, предусмотренных Федеральным законом, медицинская организация направляет ходатайство в территориальный фонд для идентификации лица в регистре застрахованных лиц по обязательному медицинскому страхованию. После идентификации застрахованного лица сведения об оказанной медицинской помощи включаются в счет на оплату медицинской помощи.».

17. Дополнить пунктами 130.1 - 130.2 следующего содержания:

«130.1. В случае превышения объема санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, над объемом средств, подлежащим направлению в медицинскую организацию на оплату медицинской помощи, медицинская организация возвращает в страховую медицинскую организацию средства в объеме указанного превышения.

130.2. В соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона за использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, медицинская организация уплачивает штраф в размере суммы нецелевого использования средств и пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств. Средства, использованные не по целевому назначению, медицинская организация возвращает в бюджет территориального фонда в течение 10 рабочих дней со дня предъявления территориальным фондом соответствующего требования.».

18. Дополнить пунктом 131.1 следующего содержания:

«131.1. Территориальный фонд направляет в страховые медицинские организации и медицинские организации средства нормированного страхового запаса в порядке, установленном Приказом Федерального фонда от 1 декабря 2010 г. N 227 «О порядке использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования», на выплаты вознаграждений страховым медицинским организациям за выполнение условий, предусмотренных договором о финансовом обеспечении, и медицинским организациям за выполнение целевых значений доступности и качества медицинской помощи.».

19. В пункте 132:

дополнить подпунктом 4 следующего содержания:

«4) сумма средств, удержанных по результатам принятия исполнительными органами Фонда социального страхования решения об оплате расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве;»;

подпункт 4 считать подпунктом 5;

дополнить подпунктом 6 следующего содержания:

«6) сумма средств, возвращенная медицинской организацией;»;

подпункт 5 считать подпунктом 7.

20. В пункте 152 исключить слова «и места жительства в субъекте Российской Федерации».

21. Пункт 153 дополнить абзацем следующего содержания:

«При расчете дифференцированного подушевого норматива в субъекте Российской Федерации допустимо использовать распределение численности на половозрастные подгруппы с учетом дифференциации в оказании медицинской помощи.».

22. В пункте 154:

подпункт 1 изложить в следующей редакции:

«1) рассчитываются коэффициенты дифференциации (*КД_г*) для каждой половозрастной группы застрахованных лиц на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период (далее - расчетный период), но не реже одного раза в год, и о численности застрахованных лиц за данный период. Для расчета коэффициентов дифференциации:

все лица, застрахованные в субъекте Российской Федерации в расчетном периоде, распределяются на половозрастные группы. К расчету коэффициентов дифференциации принимается численность застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации, определяемая на основании сведений регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц территориального фонда на первое число первого месяца расчетного периода;

определяются затраты на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам - на основании реестров счетов (с учетом видов и условий оказания медицинской помощи) за расчетный период в разрезе половозрастной структуры застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации;

определяется норматив затрат на одно застрахованное лицо (*P*) в субъекте Российской Федерации (без учета возраста и пола) по формуле:

$$P = Z / M / Ч, \text{ где:}$$

Z - затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам за расчетный период;

M - количество месяцев в расчетном периоде;

Ч - численность застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации;

определяются нормативы затрат на одно застрахованное лицо, попадающее в *i*-тый половозрастной интервал (*P_i*), по формуле:

$P_i = Z_i / M / Ч_i$, где:

Z_i - затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам, попадающим в i -тый половозрастной интервал за расчетный период;

M - количество месяцев в расчетном периоде;

$Ч_i$ - численность застрахованных лиц субъекта Российской Федерации, попадающего в i -тый половозрастной интервал;

рассчитываются коэффициенты дифференциации $КД_i$ для каждой половозрастной группы по формуле:

$$КД_i = P_i / P_{i>};$$

абзац 7 подпункта 2 изложить в следующей редакции:

« $Ч$ - среднемесячная численность застрахованных лиц субъекта Российской Федерации»;»;

подпункт 3 изложить в следующей редакции:

«3) рассчитываются дифференцированные подушечные нормативы для половозрастных групп застрахованных лиц с использованием коэффициентов дифференциации по формуле:

$$Д_i = С \times КД_i, \text{ где:}$$

$С$ - среднедушевой норматив финансирования страховой медицинской организации;

$Д_i$ - дифференцированный подушевой норматив для i -той половозрастной группы застрахованных лиц;

$КД_i$ - коэффициент дифференциации для i -той половозрастной группы застрахованных лиц.».

23. В абзаце 5 пункта 171 слова «ОГРН в соответствии с ЕГРЮЛ» заменить словами «идентификационные данные, присвоенные юридическому лицу налоговым органом».

24. Пункты 189 - 197 исключить.

25. Приложение N 1 к Правилам изложить в следующей редакции:

«Приложение № 1
к Правилам обязательного
медицинского страхования,
утвержденным Приказом
Министерства здравоохранения
и социального развития
Российской Федерации
от 28 февраля 2011 г. N 158н

ПОЛОЖЕНИЕ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КОМИССИИ ПО РАЗРАБОТКЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1. Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования создается в соответствии с законодательством Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования.

2. Комиссия в своей деятельности руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации и другими нормативными правовыми актами в сфере здравоохранения и обязательного медицинского страхования Российской Федерации и субъекта Российской Федерации, а также настоящими Правилами.

3. В состав Комиссии на паритетных началах входят представители органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориального фонда, страховых медицинских организаций и медицинских организаций, представители профессиональных союзов или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации.

4. Комиссия:

1) разрабатывает проект территориальной программы;

2) распределяет объемы предоставления медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями;

- 3) осуществляет рассмотрение тарифов;
- 4) устанавливает иные сроки подачи медицинскими организациями уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования для вновь создаваемых медицинских организаций;
- 5) определяет порядок представления информации членами Комиссии.
5. Для рассмотрения отдельных вопросов и подготовки необходимых предложений, оперативной корректировки объемов предоставления медицинской помощи, распределенных между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями, при Комиссии могут создаваться рабочие группы, состоящие из членов Комиссии и иных лиц, привлеченных к ее работе.
6. Комиссия в целях разработки проекта территориальной программы на заседаниях:
 - 1) рассматривает предложения по видам медицинской помощи, перечню заболеваний, порядку и условиям предоставления медицинской помощи, включая сроки ожидания медицинской помощи, значениям нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо с учетом объемов медицинской помощи, оказываемых застрахованным лицам медицинскими организациями в других субъектах Российской Федерации, нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативам финансового обеспечения территориальной программы в расчете на одно застрахованное лицо, способам оплаты медицинской помощи и тарифам в соответствии с требованиями, установленными базовой программой и в дополнение к базовой программе;
 - 2) рассматривает информацию территориального фонда о численности застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации в разрезе половозрастных групп на основе регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц, реестре страховых медицинских организаций и реестре медицинских организаций;
 - 3) рассматривает предложения страховых медицинских организаций по способам оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию, тарифам, показателям доступности и качества медицинской помощи;
 - 4) осуществляет подготовку предложений по:
 - перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, необходимых для оказания медицинской помощи;
 - целевым значениям критериев доступности и качества медицинской помощи;
 - перечню направлений использования средств обязательного медицинского страхования при установлении дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой;
 - 5) анализирует соответствие показателей объемов предоставления медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленных территориальной программой и базовой программой.
- При разработке территориальной программы Комиссией учитываются стандарты медицинской помощи, особенности половозрастного состава застрахованных лиц, уровень и структура заболеваемости населения субъекта Российской Федерации по данным медицинской статистики, климатические, географические особенности субъекта Российской Федерации, транспортная доступность медицинских организаций, сбалансированность объема медицинской помощи и ее финансового обеспечения.
7. Подготовленный проект территориальной программы Комиссия представляет органу государственной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан.
8. Комиссия на заседаниях по представленным секретарем Комиссии предложениям, поступившим от органа государственной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, страховых медицинских организаций, медицинских организаций, территориального фонда, распределяет объемы медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями, имеющими право на осуществление медицинской деятельности на территории Российской Федерации, на основе установленных территориальной программой объемов предоставления медицинской помощи по видам медицинской помощи, условиям предоставления медицинской помощи, в разрезе профилей отделений (коек), врачебных специальностей, с учетом показателей потребления медицинской помощи по данным персонализированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, численности и половозрастной структуры застрахованных лиц.
9. О принятых решениях по распределению объемов предоставления медицинской помощи и финансовых средств между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями Комиссия информирует территориальный фонд, орган государственной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, страховые медицинские организации и медицинские организации.
10. Персональный состав Комиссии утверждается нормативным правовым актом высшего органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации.
11. Председателем Комиссии является представитель органа исполнительной власти субъекта Российской Федера-

ции, уполномоченный высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации.

12. Секретарем Комиссии является представитель территориального фонда. Секретарь Комиссии не менее чем за три рабочих дня до начала заседания Комиссии информирует членов Комиссии о дате, месте и времени проведения заседания и организует рассылку необходимых материалов. Секретарь Комиссии обеспечивает ведение делопроизводства и хранение протоколов Комиссии.

13. Заседания Комиссии проводятся по необходимости, но не реже одного раза в квартал.

14. Решения Комиссии считаются правомочными, если в заседании принимало участие более двух третей членов Комиссии. Решение принимается простым большинством голосов от количества присутствующих на заседании членов Комиссии. В случае равенства голосов голос председателя Комиссии является решающим.

15. Решения Комиссии оформляются протоколом, который подписывается председательствующим и членами Комиссии и доводится до сведения территориального фонда, страховых медицинских организаций и медицинских организаций. Решения, принимаемые Комиссией в соответствии с ее компетенцией, являются обязательными для всех участников обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации.».

26. Приложения N 1 и N 2 к Правилам считать приложениями N 2 и N 3 соответственно.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П Р И К А З

от 9 сентября 2011 г. № 1030н

МОСКВА

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМЫ ТИПОВОГО ДОГОВОРА О ФИНАНСОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ*

В соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2011, N 25, ст. 3529) приказываю:

1. Утвердить прилагаемую форму типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

2. При заключении договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования размер средств заявки на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи, предусмотренный в пунктах 2.9 и 4.5 формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования устанавливается: на 2012 год - не более 70%, на 2013 год - не более 55%, на 2014 год - не более 40%, с 2015 года - не более 30 % от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи. Размер средств заявки может быть увеличен во 2 - 3 квартале года не более чем на 20% от размера, указанного в настоящем пункте Приказа.

3. Настоящий Приказ вступает в силу с 1 января 2012 года.

Врио Министра
В.С.БЕЛОВ

*Приложения к Приказу публикуются на официальном сайте Минздравсоцразвития России по адресу:
<http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/orders/1228/?ernd=1320063132511>



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

(Минздравсоцразвития России)

**СТАТС-СЕКРЕТАРЬ –
ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА**

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

от 15 сентября 2011 г. № 19-5/10/2-9148

Минздравсоцразвития России рассмотрело обращение Секретариата Комиссии Таможенного союза от 21.03.2011 №КТС/06-686 о начислении страховых взносов в Фонд социального страхования Российской Федерации (далее – ФСС России) и фонды обязательного медицинского страхования на выплаты в пользу сотрудников Секретариата – иностранных граждан, временно пребывающих на территории Российской Федерации, и сообщает свое мнение с учетом заключения МИД России от 22.08.2011 №6526/1ДСНГ.

Частью 1 статьи 7 Федерального закона от 24.07.2009 №212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования» (далее – Федеральный закон №212-ФЗ) определено, что объектом обложения страховыми взносами для плательщиков, производящих выплаты и иные вознаграждения в пользу физических лиц, признаются выплаты и иные вознаграждения, начисляемые организациями в пользу физических лиц, в частности, в рамках трудовых отношений.

Пунктом 15 части 1 статьи 9 Федерального закона №212-ФЗ предусмотрено, что не подлежит обложению страховыми взносами суммы выплат и иных вознаграждений, в том числе, по трудовым договорам в пользу иностранных граждан и лиц без гражданства, временно пребывающих на территории Российской Федерации.

При этом в соответствии с частью 4 статьи 1 Федерального закона 212-ФЗ в случаях, если международным договором Российской Федерации установлены иные правила, чем предусмотренные данным Федеральным законом, применяются правила международного договора Российской Федерации.

Согласно пункту 3 статьи 8 Соглашения между Правительством Российской Федерации, Правительством Республики Беларусь и Правительством Республики Казахстан от 12.12.2008 «О Секретариате Комиссии таможенного союза (далее – Соглашение) назначение и выплата пособий по социальному страхованию (обеспечению) должностным лицам и сотрудникам Секретариата и проживающим с ними членам семей осуществляются в порядке, установленном законодательством государства, на территории которого работают должностные лица и сотрудники Секретариата.

Расходы по выплате пособий по социальному страхованию несет государство, на территории которого работают должностные лица или сотрудники Секретариата, без взаимных расчетов. При этом отчисления в фонды социального и медицинского страхования производятся за счет средств, предусмотренных сметой расходов Комиссии, согласно законодательству государства пребывания.

При этом следует учитывать, что исходя из положений Федерального закона от 16.07.1999 №165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования в Российской Федерации» обязательное социальное страхование распространяется на лиц в случае уплаты ими или за них страховых взносов на обязательное социальное страхование.

Кроме того, в соответствии с подпунктом 4 пункта 1 статьи 1.2 Федерального закона от 29.12.2006 №255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» средства на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством – денеж-

ные средства, формируемые, в частности, за счет уплаты страхователями страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

Пунктом 3 статьи 4 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» определено, что основным принципом осуществления обязательного медицинского страхования является обязательность уплаты страхователями страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размерах, установленных федеральными законами.

Таким образом, уплата страховых взносов обеспечивает реализацию права граждан на получение финансовой поддержки при беременности, в случае рождения ребенка, болезни, а также права на получение бесплатной медицинской помощи.

Следовательно, исходя из положений пункта 3 статьи 8 Соглашения выплаты и иные вознаграждения, начисляемые организацией в рамках трудовых отношений в пользу иностранных граждан – должностных лиц и сотрудников Секретариата, временно пребывающих на территории Российской Федерации, подлежат обложению страховыми взносами в ФСС РФ и фонды обязательного медицинского страхования в общеустановленном порядке.

Ю.Ю. Воронин



**МИНИСТЕРСТВО
ФИНАНСОВ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

(Минфин России)

**СТАТС-СЕКРЕТАРЬ –
ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА**

П И С Ь М О

от 25 июля 2011 г. № 03-00-08/7

Министерство финансов Российской Федерации рассмотрело письмо по вопросу учета для целей налогообложения прибыли организаций доходов, полученных Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и территориальными фондами обязательного медицинского страхования от размещения временно свободных денежных средств на депозитных счетах в банке, и сообщает следующее.

В соответствии со ст. 41 Налогового кодекса Российской Федерации (далее - НК РФ) для целей налогообложения прибыли организаций доходом признается экономическая выгода в денежной или натуральной форме, учитываемая в случае возможности ее оценки и в той мере, в которой такую выгоду можно оценить, и определяемая в соответствии с гл. 25 «Налог на прибыль организаций» НК РФ.

В соответствии со ст. 247 НК РФ объектом налогообложения по налогу на прибыль для российских организаций признаются полученные доходы, уменьшенные на величину произведенных расходов, которые определяются в соответствии с гл. 25 НК РФ.

Статьями 12 и 13 Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Закон N 326-ФЗ) определено, что Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования - некоммерческие организации, созданные соответственно Российской Федерацией и субъектами Российской Федерации для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования.

Порядок формирования доходов бюджета Федерального фонда и бюджетов территориальных фондов установлен ст. 26 Закона N 326-ФЗ, согласно которой к доходам бюджета Федерального фонда и бюджетов территориальных фондов относятся, в частности, доходы от размещения временно свободных средств.

Правила размещения временно свободных средств Федерального фонда и территориальных фондов в соответствии со ст. 29 Закона N 326-ФЗ утверждены Постановлением Правительства Российской Федерации от 31.12.2010 N 1225 «О размещении временно свободных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования».

Согласно п. 2 Правил временно свободные средства Федерального фонда включают в себя остатки средств бюджета Федерального фонда на счете по учету средств нормированного страхового запаса, а также остатки средств бюджета Федерального фонда на счете по учету средств обязательного медицинского страхования в пределах положительной разницы между размером остатков на счете по учету средств обязательного медицинского страхования на 1-е число месяца, в котором осуществляется размещение временно свободных средств Федерального фонда, и величиной, равной одной двенадцатой размера расходов месяца, в котором осуществляется размещение временно свободных средств Федерального фонда.

Временно свободные средства территориального фонда включают в себя остатки средств бюджета территориального фонда на счете по учету средств обязательного медицинского страхования, включая средства нормированного

страхового запаса, в пределах положительной разницы между размером остатков на счете по учету средств обязательного медицинского страхования на 1-е число месяца, в котором осуществляется размещение временно свободных средств территориального фонда, и величиной, равной одной двенадцатой размера расходов месяца, в котором осуществляется размещение временно свободных средств территориального фонда.

Временно свободные средства бюджета Федерального фонда (территориального фонда) размещаются на банковские депозиты на условиях, предусмотренных данными Правилами.

В соответствии с п. 23 Правил уплата процентов на сумму депозита в порядке, определяемом условиями договора банковского депозита, производится кредитной организацией на счета по учету средств бюджета Федерального фонда (территориального фонда) в соответствии с реквизитами, указанными в договоре банковского депозита.

Таким образом, указанный вид дохода является доходом бюджета фонда, а не доходом фонда как юридического лица.

Следовательно, доходы от размещения временно свободных средств бюджета Федерального фонда (территориального фонда) в целях налогообложения прибыли не являются экономической выгодой фонда как юридического лица в смысле, придаваемом ст. 41 НК РФ, и не учитываются при определении налоговой базы по налогу на прибыль организаций.

С.Д.ШАТАЛОВ

25.07.2011



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ П Р И К А З

от 16 августа 2011 г. № 145

МОСКВА

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМЫ И ПОРЯДКА ВЕДЕНИЯ ОТЧЕТНОСТИ Н ПГ «ОРГАНИЗАЦИЯ ЗАЩИТЫ ПРАВ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ»*

Во исполнение пункта 5 части 8 статьи 33 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2011, N 25, ст. 3529) и с целью совершенствования организации защиты прав и законных интересов застрахованных лиц и контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования приказываю:

1. Утвердить форму отчетности Н ПГ «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования» (Приложение N 1) и Порядок ведения формы отчетности Н ПГ «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования» (Приложение N 2).
2. Ввести в действие утвержденную форму отчетности Н ПГ «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования», начиная с представления отчета за 2011 год.
3. Управлению организации обязательного медицинского страхования (С.Г. Кравчук) совместно с Управлением информационно-аналитических технологий (Ю.А. Нечепоренко) обеспечить прием и обработку формы отчетности Н ПГ.
4. Директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования принять к исполнению утвержденные настоящим Приказом форму отчетности Н ПГ «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования» и Порядок ведения формы отчетности Н ПГ «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования» и обеспечить сбор, обработку и предоставление соответствующей отчетности в установленные сроки.
5. Руководителям страховых медицинских организаций обеспечить представление в территориальные фонды обязательного медицинского страхования отчетности в установленные сроки.

Председатель
А.В.ЮРИН

Согласовано
Заместитель Министра здравоохранения
и социального развития Российской Федерации
В.С.БЕЛОВ

*В полном объеме приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16 августа 2011 г. №145 «Об утверждении формы и порядка ведения отчетности №ПГ «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования» 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 ФОМС».



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
П Р И К А З**

от 16 августа 2011 г. № 146

МОСКВА

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМ ОТЧЕТНОСТИ*

В соответствии с пунктом 5 части 8 статьи 33 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 06.12.2010, N 49, ст. 6422) приказываю:

1. Утвердить формы отчетности и ввести их в действие с 1 января 2012 года:

Н 1 «Отчет о деятельности медицинской организации в сфере обязательного медицинского страхования» и указания по ее заполнению согласно Приложениям 1, 2;

Н 2 «Отчет о деятельности страховой медицинской организации в сфере обязательного медицинского страхования» и указания по ее заполнению согласно Приложениям 3, 4;

2. Директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования принять к исполнению настоящий Приказ и обеспечить его доведение до страховых медицинских организаций и медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования.

Председатель
А.В.ЮРИН

Согласовано
Заместитель Министра здравоохранения
и социального развития Российской Федерации
В.С.БЕЛОВ

*В полном объеме приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16 августа 2011 г. № 146 «Об утверждении форм отчетности» 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 ФОМС».



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Директорам территориальных
фондов обязательного меди-
цинского страхования

Новослободская ул. 37, Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (499) 973-44-55, факс: (499) 973-49-30

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

от 8 августа 2011 г. N 5183/30-1/и

В соответствии с требованиями Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон) и пункта 102 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации №158н от 28.02.2011 (далее – Правила ОМС) в целях информирования застрахованных лиц о деятельности участников обязательного медицинского страхования территориальные фонды обязательного медицинского страхования обязаны размещать на своих официальных сайтах в сети «Интернет» реестры медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъектов Российской Федерации, включающие наименование, адреса медицинских организаций, сведения о документе, дающем право в соответствии с законодательством на осуществление медицинской деятельности и перечень видов медицинской помощи, оказываемых данными медицинскими организациями в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также реестры страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъектов Российской Федерации и сведения о лицензии.

По состоянию на 01 августа 2011 года функционирует 84 официальных сайтов территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Реестры страховых медицинских организаций и медицинских организаций, соответствующие установленным Федеральным законом и Правилами ОМС требованиям представлены на официальных сайтах 40 территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Не соответствуют требованиям Федерального закона и Правил ОМС реестры на сайтах территориальных фондов обязательного медицинского страхования в 37 субъектах Российской Федерации.

Сайты 4 территориальных фондов обязательного медицинского страхования временно не доступны в связи с проводящимися мероприятиями по их доработке, на сайтах 3 территориальных фондов обязательного медицинского страхования разделы реестров не доступны для просмотра.

Просим принять необходимые меры по реализации положений Федерального закона и Правил ОМС.

Председатель
А.В.Юрин

**Исполнение территориальными фондами обязательного медицинского страхования
Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании
в Российской Федерации» в части информирования застрахованных лиц на официальных
сайтах (по состоянию на 01.08.2011 г.)**

	Реестр страховых медицинских организаций		Реестр Медицинских организаций				Примечания
	Перечень	Сведения о лицензии	Перечень	Адрес	Вид деятельности	Сведения о лицензии	
1	2	3	4	5	6	7	8
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ							
Центральный федеральный округ							
Белгородская область							Данный раздел в доработке
Брянская область	+	+	+	+	+	+	
Владимирская область	+	-	+	+	-	-	
Воронежская область	+	-	+	+	-	-	
Ивановская область	+	+	+	+	+	+	
Калужская область	+	+	+	+	+	-	
Костромская область	+	-	+	+	+	+	
Курская область	+	-	+	+	+	-	
Липецкая область	+	+	+	+	+	+	
Московская область	+	+	+	+	+	+	
Орловская область	+	+	+	+	-	-	
Рязанская область	+	+	+	+	+	+	
Смоленская область	+	+	+	+	+	+	
Тамбовская область	+	-	+	+	+	+	
Тверская область	+	+	+	+	+	+	
Тульская область	+	-	+	+	-	-	
Ярославская область	+	+	+	+	+	-	
г. Москва	+	+	+	+	+	+	
Северо-Западный федеральный округ							
Республика Карелия	+	-	+	+	+	-	
Республика Коми	+	+	+	+	+	+	
Архангельская область	+	+	+	+	+	+	
Вологодская область	+	-	+	+	+	+	
Калининградская область	+	-	+	+	-	-	
Ленинградская область	+	+	+	+	+	+	
Мурманская область	+	-	+	+	+	-	
Новгородская область	+	+	+	+	+	+	
Псковская область	+	+	+	+	+	+	

1	2	3	4	5	6	7	8
г. Санкт-Петербург	+	+	+	+	+	+	
Ненецкий автономный округ	+	+	+	+	+	+	
Южный федеральный округ							
Республика Адыгея	+	+	+	+	+	-	
Республика Калмыкия	+	-	+	+	+	+	
Краснодарский край	+	+	+	+	+	+	
Астраханская область	+	+	+	+	+	+	
Волгоградская область	+	+	+	+	+	+	
Ростовская область	+	+	+	+	+	+	
Северо-Кавказский федеральный округ							
Республика Дагестан	+	+	+	+	+	+	
Республика Ингушетия							Сайт временно не доступен, в доработке
Кабардино-Балкарская Республика	+	+	+	+	+	+	
Карачаево-Черкесская Республика	+	-	+	+	+	+	
Республика Северная Осетия-Алания							Сайт временно не доступен, в доработке
Чеченская Республика	+	+	+	+	-	-	
Ставропольский край	+	+	+	+	+	+	
Приволжский федеральный округ							
Республика Башкортостан	+	+	+	+	+	+	
Республика Марий Эл	+	-	+	+	+	-	
Республика Мордовия	+	-	+	+	-	-	
Республика Татарстан	+	-	+	+	-	-	
Удмуртская Республика	+	-	+	+	+	+	
Чувашская Республика	+	+	+	+	+	+	
Пермский край							Раздел не доступен для просмотра
Кировская область	+	+	+	+	+	+	
Нижегородская область	+	+	+	+	+	+	
Оренбургская область	+	-	+	+	+	+	
Пензенская область	+	+	+	+	+	+	
Самарская область	+	-	+	+	+	+	
Саратовская область	+	+	+	+	+	+	
Ульяновская область							Разделы сайта не доступны для просмотра неавторизованных
Уральский федеральный округ							
Курганская область	+	+	+	+	+	+	
Свердловская область	+	+	+	+	+	-	
Тюменская область	+	+	+	+	+	+	
Челябинская область	+	+	+	+	+	+	
Ханты-Мансийский автономный округ — Югра	+	+	+	-	-	-	
Ямало-Ненецкий автономный округ	+	-	+	+	-	-	
Сибирский федеральный округ							
Республика Алтай	+	+	+	+	+	+	
Республика Бурятия	+	+	+	+	+	+	

1	2	3	4	5	6	7	8
Республика Тыва	+	-	+	+	-	-	
Республика Хакасия	+	-	+	+	+	+	
Алтайский край	+	+	+	+	+	+	
Забайкальский край (Чита)	+	-	+	+	-	-	
Красноярский край	+	+	+	+	+	+	
Иркутская область	+	-	+	+	+	-	
Кемеровская область	+	+	+	+	+	+	
Новосибирская область	+	+	+	+	+	+	
Омская область	+	+	+	+	+	+	
Томская область	+	-	+	+	+	+	
Дальневосточный федеральный округ							
Республика Саха (Якутия)	+	+	+	+	+	+	
Камчатский край							Сайт временно не доступен, в доработке
Приморский край	+	-	+	+	+	-	
Хабаровский край	+	+	+	+	+	+	
Амурская область	+	-	+	+	-	-	
Магаданская область	+	+	+	+	-	-	
Сахалинская область	+	-	+	+	-	-	
Еврейская автономная область	+	+	+	+	-	+	
Чукотский автономный округ	-		+	+	+		Функции СМО выполняет ТФОМС
Байконур	+	-	+	+	+	-	



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Директорам территориальных
фондов обязательного меди-
цинского страхования

Новослободская ул. 37, Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (499) 973-44-55, факс: (499) 973-49-30

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

от 18 августа 2011 г. N 5472/30-и

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, рассмотрев обращения территориальных фондов обязательного медицинского страхования об обязательном медицинском страховании лиц, задержанных, отбывающих наказание в виде ограничения свободы, ареста, заключенных под стражу, отбывающих наказание в местах лишения свободы либо административный арест, и участии лечебно-профилактических учреждений и медицинских подразделений учреждений Федеральной службы исполнения наказаний в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования, сообщает.

По вопросу обязательного медицинского страхования лиц, задержанных, отбывающих наказание в виде ограничения свободы, ареста, заключенных под стражу, отбывающих наказание в местах лишения свободы либо административный арест.

В соответствии со статьей 10 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон) застрахованными лицами являются граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей в соответствии с Федеральным законом от 25 июля 2002 года № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах».

Лица, задержанные, отбывающие наказание в виде ограничения свободы, ареста, заключенные под стражу, отбывающие наказание в местах лишения свободы либо административный арест, Федеральным законом не отнесены к категории граждан, не подлежащих обязательному медицинскому страхованию, и имеют право на выбор и замену страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования.

При исполнении наказаний осужденным гарантируются права и свободы граждан Российской Федерации с изъятиями и ограничениями, установленными уголовным, уголовно-исполнительным и иным законодательством Российской Федерации (статья 10 Уголовно-исполнительного кодекса Российской Федерации от 8 января 1997 г. № 1-ФЗ).

Лечебно-профилактическая и санитарно-профилактическая помощь осужденным к лишению свободы организуется и предоставляется в соответствии с Правилами внутреннего распорядка исправительных учреждений и законодательством Российской Федерации (статья 101 Уголовно-исполнительного кодекса Российской Федерации от 8 января 1997 г. № 1-ФЗ).

Таким образом, в соответствии с Правилами внутреннего распорядка исправительных учреждений осужденные не могут лично осуществить выбор страховой медицинской организации, медицинской организации и врача.

Вместе с тем, согласно Правилам обязательного медицинского страхования, утвержденным Приказом Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 г. № 158н, для выбора или замены страховой медицинской организации застрахованное лицо обращается в выбранную им страховую медицинскую организацию с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации лично или через своего представителя.

В случае подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации через представителя к заявлению о выборе (замене) страховой медицинской организации помимо документов, необходимых для регистрации в качестве застрахованного лица, прилагаются документ, удостоверяющий личность представителя застрахованного лица,

и доверенность на регистрацию в качестве застрахованного лица в выбранной страховой медицинской организации, оформленная в соответствии со статьей 185 части первой Гражданского кодекса Российской Федерации.

Согласно статье 29 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 лица, задержанные, отбывающие наказание в виде ограничения свободы, ареста, заключенные под стражу, отбывающие наказание в местах лишения свободы либо административный арест, в том числе беременные женщины, женщины во время родов и в послеродовой период, имеют право на получение медицинской помощи в необходимых случаях в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения за счет средств соответствующих бюджетов.

Порядок организации медицинской помощи лицам, задержанным, отбывающим наказание в виде ограничения свободы, ареста, заключенным под стражу, отбывающим наказание в местах лишения свободы либо административный арест, устанавливается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения, совместно с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти (Приказ Минздравсоцразвития России и Минюста России от 17 октября 2005 г. № 640/190 «О порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу»).

По вопросу участия лечебно-профилактических учреждений и медицинских подразделений учреждений Федеральной службы исполнения наказаний в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования.

В соответствии со статьей 15 Федерального закона к медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования относятся имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы и индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой.

Медицинские организации в сфере обязательного медицинского страхования ведут раздельный учет по операциям со средствами обязательного медицинского страхования, осуществляют свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, форма которого утверждена Приказом Минздравсоцразвития России от 24 декабря 2010 г. № 1184н, и не вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Согласно статье 20 Федерального закона медицинские организации в сфере обязательного медицинского страхования обязаны вести персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, предоставлять страховым медицинским организациям и территориальному фонду сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, необходимые для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, предоставлять отчетность о деятельности в сфере обязательного медицинского страхования, использовать средства обязательного медицинского страхования, полученные за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, размещать на своем официальном сайте в сети «Интернет» информацию о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, предоставлять застрахованным лицам, страховым медицинским организациям и территориальному фонду сведения о показателях доступности и качества медицинской помощи и выполнять иные обязанности в соответствии с Федеральным законом.

Статьей 41 Федерального закона предусмотрено, что заключенным договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливаются взаимные обязательства медицинских организаций и страховых медицинских организаций, следствием которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Таким образом, участие медицинских организаций в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования возможно при соблюдении ими законодательства в сфере обязательного медицинского страхования и условий договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Председатель
А.В. Юрин



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Директорам территориальных
фондов обязательного меди-
цинского страхования

Новослободская ул. 37, Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (499) 973-44-55, факс: (499) 973-49-30

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

от 5 октября 2011 г. N 6734/30-5/и

О реестрах экспертов качества медицинской помощи

Федеральным фондом обязательного медицинского страхования проведен анализ формирования территориальных реестров экспертов качества медицинской помощи по состоянию на 1 сентября 2011 года и выполнения мероприятий, изложенных в письме Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 июля 2011 г. № 4247/30-5/и (далее – письмо Федерального фонда), по результатам которого сообщаем следующее.

Территориальными фондами обязательного медицинского страхования предприняты усилия, направленные на формирование территориальных реестров экспертов качества медицинской помощи. Так, в течение месяца территориальными фондами обязательного медицинского страхования Воронежской и Свердловской областей включено в реестры более 100 врачей-специалистов, соответствующих требованиям законодательства в сфере обязательного медицинского страхования, предъявляемым к экспертам качества медицинской помощи; территориальными фондами обязательного медицинского страхования Москвы и Республики Татарстан включено в территориальные реестры экспертов качества медицинской помощи 76 и 168 врачей-специалистов соответственно.

Недостатки, указанные в письме Федерального фонда, территориальными фондами обязательного медицинского страхования Иркутской, Тюменской и Курской областей устранены.

Показатель обеспеченности экспертами качества медицинской помощи составляет от 1 до 15 экспертов качества медицинской помощи на 100 000 застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации.

Наиболее низкая обеспеченность экспертами качества медицинской помощи остается в Москве, Московской области и Республике Дагестан. Территориальными фондами обязательного медицинского страхования Ненецкого и Чукотского автономных округов территориальные реестры экспертов качества медицинской помощи до настоящего времени не сформированы.

Не учтены предложения Федерального фонда обязательного медицинского страхования о включении в территориальные реестры экспертов качества медицинской помощи только врачей-специалистов, имеющих право в силу своего статуса и законодательства в сфере обязательного медицинского страхования на проведение по поручению страховой медицинской организации или территориального фонда обязательного медицинского страхования экспертизы качества медицинской помощи территориальным фондом обязательного медицинского страхования Саратовской области (в реестр включены врачи, имеющие специальность «Организация здравоохранения и общественное здоровье» в количестве 27).

В некоторых территориальных фондах обязательного медицинского страхования ведение территориальных реестров экспертов качества медицинской помощи осуществляется с нарушением порядка, утвержденного методическими указаниями Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 17 февраля 2011 года. Так, не указаны в территориальном реестре должности экспертов качества медицинской помощи территориальным фондом обязательного медицинского страхования Ульяновской области (6 записей); отсутствуют даты включения экспертов качества медицинской помощи в территориальные реестры экспертов качества медицинской помощи Липецкой области (21 запись) и Ямало-Ненецкого автономного округа (36 записей); не заполнены поля «специальность» территориальными фондами обязательного медицинского страхования Свердловской и Смоленской областей (по 2 записи).

В ряде случаев не удается идентифицировать административно-территориальное образование, в котором находится медицинская организация, являющаяся основным местом работы по специальности эксперта качества медицинской помощи, из-за неполного ввода информации в соответствующее поле электронной базы данных.

Большинством территориальных фондов обязательного медицинского страхования не устранены недостатки, касающиеся наименований специальностей в территориальных реестрах экспертов качества медицинской помощи и их соответствия требованиям приказа Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2009 г. № 210н «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации».

При проверке реализации нормативных правовых актов в сфере обязательного медицинского страхования участниками обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации Комиссиями Федерального фонда обязательного медицинского страхования выявлены многочисленные недостатки, в том числе в организации работы экспертов качества медицинской помощи и ведении территориальных реестров экспертов качества медицинской помощи. Наиболее распространенными недостатками являлись: несоответствие форм актов формам, установленным Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденного приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230; проведение экспертизы качества медицинской помощи врачами-специалистами, не включенными в территориальные реестры экспертов качества медицинской помощи; некорректные экспертные заключения, в том числе с превышением полномочий, данных экспертам качества медицинской помощи законодательством в сфере обязательного медицинского страхования; осуществление экспертизы качества медицинской помощи не по своей основной медицинской специальности, определенной дипломом, свидетельством об аккредитации специалиста или сертификатом специалиста, и другие недостатки, требовавшие немедленного устранения.

По информации, представленной страховыми медицинскими организациями, в 33 субъектах Российской Федерации к экспертам качества медицинской помощи предъявляются требования к обязательному месту работы в медицинской организации, а в 41 субъекте – к наличию у эксперта качества высшей или первой квалификационной категории, либо диплома об ученой степени.

Имеют место случаи необоснованного увеличения срока рассмотрения кандидатур на включение врачей-специалистов в территориальные реестры экспертов качества медицинской помощи по инициативе страховых медицинских организаций и ограничение рядом территориальных фондов обязательного медицинского страхования доступа к территориальным реестрам.

На основании вышеизложенного Федеральный фонд обязательного медицинского страхования предлагает:

1. Сформировать территориальные реестры экспертов качества медицинской помощи в соответствии с законодательством в сфере обязательного медицинского страхования и с учетом устранения указанных недостатков в срок до 20 октября 2011 года. Рекомендуются целевым показателем обеспеченности экспертами качества медицинской помощи считать не менее 10 экспертов на 100 000 застрахованных лиц.

2. Директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования:

2.1. определить должностных лиц, отвечающих за ведение (в том числе в электронном виде) территориальных реестров экспертов качества медицинской помощи;

2.2. с целью обеспечения условий для осуществления страховыми медицинскими организациями обязанностей по проведению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях, предусмотренных в договоре о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования:

2.2.1. организовать рассмотрение кандидатур врачей-специалистов на включение в территориальные реестры экспертов качества медицинской помощи в сроки, указанные в пункте 16 Методических указаний о порядке ведения реестров экспертов качества медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденных Федеральным фондом обязательного медицинского страхования 17 февраля 2011 года.

При отсутствии полного комплекта документов, являющихся основанием для включения врача-специалиста в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи, в том числе при отсутствии письменного согласия врача-специалиста на использование его персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации, информировать инициатора включения в территориальный реестр в течение 3 рабочих дней;

2.2.2. предоставить доступ к территориальным реестрам экспертов качества медицинской помощи страховым медицинским организациям, осуществляющим деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;

2.2.3. предъявлять к экспертам качества медицинской помощи только те обязательные требования, которые предусмотрены законодательством в сфере обязательного медицинского страхования.

Председатель
А.В. Юрин



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Директорам территориальных
фондов обязательного меди-
цинского страхования

Новослободская ул. 37, Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (499) 973-44-55, факс: (499) 973-49-30

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

от 5 октября 2011 г. N 6749/30-и

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в связи с обращениями территориальных фондов обязательного медицинского страхования об участии лечебно-профилактических учреждений и медицинских подразделений учреждений Федеральной службы исполнения наказаний в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования сообщает.

В соответствии со статьей 15 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон) к медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования относятся имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы и индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой.

Согласно приказу Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила) медицинская организация, имеющая право на осуществление медицинской деятельности, для осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, направляет уведомление о включении в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, содержащее сведения предусмотренные пунктом 92 Правил, до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. Медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, не имеют права в течение года, в котором они осуществляют деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, выйти из числа медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, за исключением случаев ликвидации медицинской организации, утраты права на осуществление медицинской деятельности, банкротства или иных предусмотренных законодательством Российской Федерации случаев.

Необходимым условием участия медицинских организаций, в том числе федеральных казенных учреждений, в реализации территориальной программы обязательного медицинского должно являться соблюдение Федерального закона в части обеспечения права любого застрахованного лица выбрать любую медицинскую организацию и работающего в ней врача для получения медицинской помощи в объеме территориальной программы обязательного медицинского страхования согласно частям 4 и 5 статьи 16 Федерального закона.

Приказом Минздрава России и Минюста России от 9 августа 2001 г. № 310 /№ 241 утверждена Номенклатура учреждений здравоохранения уголовно-исполнительной системы Минюста России, согласно которой учреждения здравоохранения уголовно-исполнительной системы Минюста России подразделяются на лечебно-профилактические учреждения для медицинского обслуживания лиц, имеющих специальные звания сотрудников уголовно-исполнительной системы, пенсионеров, членов их семей, а также рабочих и служащих уголовно-исполнительной системы и на лечебно-профилактические учреждения для медицинского обслуживания подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений, а также осужденных, содержащихся в исправительных учреждениях уголовно-исполнительной системы.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 13 октября 2004 г. № 1314 «Вопросы Федеральной службы исполнения наказаний» финансирование расходов на содержание центрального аппарата Федеральной службы исполнения наказаний России, ее территориальных органов, учреждений, исполняющих наказания, следственных изоляторов, а также предприятий и учреждений, специально созданных для обеспечения деятельности уголовно-исполнительной системы, осуществляется за счет средств, предусмотренных в федеральном бюджете.

Военнослужащие и приравненные к ним в организации оказания медицинской помощи лица не относятся к застрахованным лицам в соответствии со статьей 10 Федерального закона.

Пунктом 2 статьи 16 Федерального закона от 27 мая 1998 г. № 76-ФЗ «О статусе военнослужащих» установлено, что военнослужащие имеют право на бесплатную медицинскую помощь, бесплатное обеспечение лекарствами, другим медицинским имуществом по рецептам врачей в военно-медицинских подразделениях, частях и учреждениях. При отсутствии по месту военной службы или месту жительства военнослужащих военно-медицинских учреждений или соответствующих отделений в них либо специального медицинского оборудования, а также в неотложных случаях медицинская помощь оказывается в учреждениях государственной или муниципальной систем здравоохранения.

Расходы указанным учреждениям здравоохранения по оказанию медицинской помощи военнослужащим возмещаются Министерством обороны Российской Федерации или иным федеральным органом исполнительной власти, в котором федеральным законом предусмотрена военная служба, в соответствии с порядком, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2004 г. № 911.

Нормативными правовыми актами Российской Федерации в федеральных казенных учреждениях установлен особый порядок оказания медицинской помощи, распространяющийся на отдельные категории военнослужащих и членов их семей, а также гражданский персонал данных медицинских организаций как прикрепленного контингента.

Граждане, уволенные с военной службы, члены семей военнослужащих, лица из числа гражданского персонала федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании подлежат обязательному медицинскому страхованию и имеют право на медицинскую помощь в учреждениях государственной или муниципальной систем здравоохранения на общих основаниях с другими гражданами.

При исполнении наказаний осужденным гарантируются права и свободы граждан Российской Федерации с изъятиями и ограничениями, установленными уголовным, уголовно-исполнительным и иным законодательством Российской Федерации. Права осужденных определяются статьей 10 Уголовно-исполнительного кодекса Российской Федерации от 8 января 1997 г. № 1-ФЗ (далее – Кодекс) исходя из порядка и условий отбывания конкретного вида наказания.

Лечебно-профилактическая и санитарно-профилактическая помощь осужденным к лишению свободы организуется и предоставляется в соответствии с Правилами внутреннего распорядка исправительных учреждений и законодательством Российской Федерации (статья 101 Кодекса).

Согласно Основам законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 (далее – Основы) и статье 101 Кодекса порядок оказания осужденным медицинской помощи, организации и проведения санитарного надзора, использования лечебно-профилактических и санитарно-профилактических учреждений органов здравоохранения и привлечения для этих целей их медицинского персонала устанавливается законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми актами федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере исполнения уголовных наказаний, и федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России и Минюста России от 17 октября 2005 г. № 640/ № 190 «О порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу» медицинская помощь подозреваемым, обвиняемым и осужденным предоставляется лечебно-профилактическими учреждениями и медицинскими подразделениями учреждений Федеральной службы исполнения наказаний, создаваемыми для этих целей.

Лица, осужденные к лишению свободы, которым судом определено отбывание наказания в колонии-поселении, другие осужденные, подозреваемые и обвиняемые, не содержащиеся под стражей, получают медицинскую помощь в лечебно-профилактических учреждениях по месту жительства или отбывания наказания.

Согласно статье 29 Основ лица, задержанные, отбывающие наказание в виде ограничения свободы, ареста, заключенные под стражу, отбывающие наказание в местах лишения свободы либо административный арест, в том числе беременные женщины, женщины во время родов и в послеродовой период, имеют право на получение

медицинской помощи в необходимых случаях в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения за счет средств соответствующих бюджетов.

В соответствии с вышеизложенным, комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования для федеральных казенных учреждений должен быть установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств обязательного медицинского страхования, без учета контингента населения, прикрепленного к данному учреждению в соответствии с нормативными актами, регулирующими деятельность федерального казенного учреждения.

Председатель
А.В. Юрин

I. Рукопись

Статья должна сопровождаться письмом с подписью руководителя и печатью организации с указанием названия работы, организации и фамилии всех авторов. Статья должна быть подписана всеми авторами. На отдельном листе указать сведения о каждом авторе на русском и английском языках (фамилия, имя, отчество полностью; место работы; должность и звание; полный почтовый и служебный адрес, e-mail; служебный тел./факс).

На отдельном листе (на русском и английском языках) представляется реферат (краткое содержание статьи), а также ключевые слова (5-6 слов), способствующие индексированию статьи в информационно-поисковых системах. Максимальный объем рукописи, включая таблицы, не более 7 машинописных страниц, размер шрифта 14, через 1,5 интервала с полями 2,5 см. Все страницы должны быть пронумерованы.

Статья должна быть предоставлена в двух печатных и одном электронном экземплярах.

В работе необходимо указать:

- название статьи (емкое и лаконичное), соответствующее цели работы;

- инициалы и фамилии авторов;

- название организации, где выполнена работа; город.

Математические формулы должны быть написаны четко черными чернилами и иметь соответствующие пояснения.

Таблицы, рисунки, графики, схемы, диаграммы должны быть представлены с подрисовочными подписями на отдельных листах в конце текста. Фотографии с соответствующими подписями должны прилагаться отдельно.

В тексте (в круглых скобках, в конце предложения) должны быть ссылки на используемый иллюстративный материал.

II. Содержание

Статья должна содержать оригинальный материал, прежде нигде не опубликованный полностью или частично.

Рукопись должна отвечать следующим критериям: научная новизна, практическая значимость, профильность, оригинальность содержания.

Текст статьи должен отвечать следующим разделам: введение, включая цель исследования, материал и методы, результаты и обсуждение, заключение или выводы.

III. Ссылки

Пристатейный библиографический список должен быть выстроен по алфавиту фамилий авторов с инициалами, соблюдая хронологию вначале отечественных, затем иностранных – в соответствии с правилами библиографического описания.

Номера цитат и ссылок в тексте статьи должны быть указаны в квадратных скобках и соответствовать номерам в пристатейном списке литературы.

Сокращения названий иностранных журналов должны соответствовать сокращениям, принятым в Index Medicus.

Если у статьи до 4-х авторов, то они указываются все. Если авторов более четырех, то указывают первых трех, а далее следует «и др.».

При указании нескольких статей одного автора их необходимо выстраивать в алфавитном порядке соавторов или названий.

При составлении списка литературы нужно учитывать, что в нем не могут быть упомянуты устные сообщения, неопубликованные материалы, ссылки на Internet-сайты.

Примеры библиографических описаний:

Книга

Серёгина И.Ф., Стародубов В.И. Становление и развитие механизмов саморегулирования в здравоохранении Российской Федерации. – М.: Менеджер здравоохранения, 2010. – 131с.

Автореферат диссертации

Михайлова И.Ю. Оценка состояния ортодонтической помощи, оказываемой по программе обязательного медицинского страхования: Автореф. дис. ... Канд. мед. наук. – М., 2010. – 25с.

Статья из сборника

Организация защиты прав застрахованных граждан и контроля качества медицинской помощи в системе ОМС Санкт-Петербурга в 2007г.: Сборник информационно-аналитических материалов./ Под ред. В.Ф. Чавпецова, Е.В. Атоян. – СПб., 2008. – 220с.

Статья из журнала

Колабутин В.М., Атоян Е.В., Карачевцева М.А. Взаимодействие территориальных фондов ОМС Северо-Западного федерального округа при создании систем управления качеством медицинской помощи. // Заместитель главного врача. – 2009. – №7. – С.38-42.

Статья из зарубежного журнала

Walkinshaw E. Medical waste – management practices vary across Canada // CMAJ. – 2011. – Vol.21. – №3. – P.138-141.

Сборник тезисов докладов международных конференций

Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie: Abstractband. – Magdeburg, 2010. – 164s.

IV. Иллюстрации

К тексту могут прилагаться черно-белые или цветные фотографии, слайды в одном экземпляре. Фотографии должны быть подписаны на обороте с указанием верха иллюстрации.

Диаграммы, графики, схемы должны быть сделаны в программах векторной графики (Illustrator) и сохранены в формате *.eps. Файлы с диаграммами, графиками, схемами и штриховыми рисунками, сделанные в программах WORD и EXEL, должны быть представлены в формате PDF. Отсканированные слайды и фотографии должны быть в формате *.jpg, *.eps, *.tif с разрешением 300 dpi при 100%-ных размерах.

V. Авторские правки

Авторские правки не могут быть внесены в сверстанный макет издания. Редакция оставляет за собой право вносить правки в статью и с согласия авторов публиковать ее как краткое сообщение. Рукописи, не принятые к публикации, авторам не возвращаются.

За публикацию статей плата с авторов не взимается.

Рукописи направлять по адресу:

Россия, 105062, г. Москва, ул. Покровка, 47/24,

Дом печати «Столичный бизнес».

Тел.: +7 (495) 916-39-84

E-mail: journal-oms@yandex.ru