

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ

ISSN 2221-9943



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ
Ф О Н Д
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

МЕДИЦИНСКОЕ

СТРАХОВАНИЕ

В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

6 – 2011

Федеральный закон «О бюджете Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
на 2012 год и на плановый период 2013 и 2014 годов»

Федеральный закон «О размере и порядке расчета тарифа
страхового взноса на обязательное медицинское страхование
неработающего населения»

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



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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

**НАУЧНО–ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
№ 6, 2011**

«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» № 6, 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
А. Гуффрида – старший экономист Всемирного банка по вопросам
здравоохранения, д.э.н. (США)
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
Д. Лангенбрюннер – ведущий экономист Всемирного банка
по вопросам здравоохранения, доктор наук экономики и
здравоохранения (США)
А.Л. Линденбратен – 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
12.12.2011 года
Тираж: 3000 экз.
Формат: 205 x 275 мм
Объем: 88 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» № 6, 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

Antonio Giuffrida – PhD in Economic Sciences, Senior Health Economist
with the World Bank (USA)

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

John Langenbrunner – Lead Health Economist with The World Bank,
PhD in Economic Sciences and Public Health (USA)

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
12.12.2011
Circulation: 3000 copies
Format: 205 x 275 mm
Volume: 88 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 «Rospchat» – 36347

ISSN 2221-9943



9 772221 994772 >

СОДЕРЖАНИЕ

ОФИЦИАЛЬНО | НОВОСТИ

Итоги реализации нового Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в 2011 году. Пресс-конференция в ИА «Интерфакс» с участием Председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования А.В. Юрина. 4

ОФИЦИАЛЬНО | ЭКСПЕРТНЫЕ МНЕНИЯ

Комментарии экспертов 6

БЮДЖЕТ ФОМС

М.Н. Зайнутдинова

«О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2012 год и на плановый период 2013 и 2014 годов». 8

Федеральный закон от 30 ноября 2011 года № 370-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2012 год и на плановый период 2013 и 2014 годов» 11

ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОМС

Н.Н. Дворяшин

Федеральный закон «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» 28

Федеральный закон от 30 ноября 2011 года № 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» 30

МОДЕРНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

О.В. Царева

Федеральный закон «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» 34

Федеральный закон от 30 ноября 2011 года № 369-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» 36

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

Развитие добровольного медицинского страхования: позиция работодателей 40

В.П. Милосердов, Н.В. Мазина, И.С. Овчинникова

Итоги выполнения в Саратовской области в 2010 году медико-экономических экспертиз по случаям диспансеризации работающих граждан и детей-сирот. 46

НОВЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

В.В. Бабин, К.А. Селезнев

Использование современных технологий удаленного доступа в комплексной информационной системе ОМС Пермского края. 52

ДИССЕРТАЦИОННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ОМС

Диссертационные исследования в области организации здравоохранения и обязательного медицинского страхования (2010-2011 гг.). 58

ОБЗОРНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О НАУЧНЫХ РАЗРАБОТКАХ, ПРОВОДИМЫХ В СИСТЕМЕ ОМС

Краткий обзор тематики диссертаций по теме «Общественное здоровье и здравоохранение», выполненных в 2010-2011 гг. 60

НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ 63

Постановление Правительства Российской Федерации от 21 октября 2011 г. № 856 «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год (64)

Информационное письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 25 октября 2011 г. № 7342/30-2/и (72)

Аналитическая справка Федерального фонда обязательного медицинского страхования о финансовом обеспечении медицинской помощи, оказываемой в центрах здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака за 9 месяцев 2011 года (74)



Итоги реализации нового Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в 2011 году

Пресс-конференция в ИА «Интерфакс» с участием Председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования А.В. Юрина

6 декабря 2011 г., Москва

6 декабря 2011 года в ИА «Интерфакс» состоялась пресс-конференция с участием Председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования А.В. Юрина по итогам реализации в 2011 году нового Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Новый закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» сменил предыдущий, действовавший в стране с 1993 г., и позволил применить новые подходы к оказанию медицинской помощи, заложить новые принципы в сфере финансового обеспечения здравоохранения.

В прежней редакции закона страхователями работающих граждан выступали работодатели – учреждения, предприятия и организации. Страхователями неработающего населения являлись органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

С 1 января 2011 года граждане получили возможность свободного выбора страховой медицинской организации. Теперь компаниям необходимо выстраивать работу с конкретным человеком, благодаря этому создаются основы для развития конкуренции на страховом рынке.

На 1 января 2011 г., в системе ОМС функционировало 95 страховых медицинских организаций (СМО). За прошедший год их количество уменьшилось до 89. При этом 70% населения застрахованы в 10 СМО. Все еще остается достаточно много мелких компаний, которые не могут обеспечить работу по улучшению качества медицинских услуг, защите прав граждан, качественно выполнять другие свои обязательства: организовать круглосуточную



работу многоканального телефона, привести на дом полис человеку, который нуждается в этой услуге по состоянию здоровья.

На сегодня приняты меры для повышения эффективности работы страховых медицинских организаций – повышены требования к уставному капиталу, минимальное значение которого с 1 января 2012 года увеличится с 30 млн. до 60 млн. рублей, что определит естественный процесс сокращения и укрупнения компаний.

С 1 мая 2011 года введен в обращение полис обязательного медицинского страхования. В первую очередь они выдаются новорожденным, людям, которые сменили фамилию, имя, отчество или страховую медицинскую организацию. Остальным гражданам нет необходимости менять полис в срочном порядке. По закону полис обязательного медицинского страхования «старого» образца остается действующим до 1 января 2014 года.

Увеличивается число медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования. В 2010 году их было 8 162, в 2011 г. – 8 252, в 2012 г. – 8 543. Также возрастает число негосударственных медицинских организаций в системе ОМС: в 2010 году участвовало 618 негосударственных медицинских организаций, в 2011 г. – 642, в 2012 г. – планируется 739. В 2013 году число негосударственных медицинских организаций, входящих в систему ОМС, будет значительно увеличено в связи с переходом на полный тариф. Увеличение количества медицинских организаций усиливает конкуренцию на рынке обязательного медицинского страхования и расширяет для застрахованных граждан возможности выбора.

Принят Федеральный закон от 30.11.2011 № 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения». С принятием закона появились финансовые гарантии обеспечения системы обязательного медицинского страхования платежами на неработающих граждан, что послужит выравниванию условий оказания медицинской помощи в регионах. Ожидаемое дополнительное поступление средств в систему – порядка 300 млрд. рублей.

К 2015 году общий объем средств ОМС возрастет с нынешних 547 млрд. рублей до 1,406 трлн. рублей, или около 10 тыс. рублей на каждого застрахованного.

Введение нового закона совпало с реализацией программы модернизации здравоохранения, направленной на повышение качества медицинского обслуживания населения по трем основным направлениям:

- 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.

В 2011-2012 годах системе обязательного медицинского страхования на программы субъектов Российской

Федерации выделено 620 млрд. рублей. На 1 декабря 2011 года на финансирование программ Федеральным фондом ОМС направлено более 171 млрд. рублей. Всего до конца текущего года в региональные бюджеты будет перечислено 190 млрд. рублей. Еще 107 млрд. рублей на программы модернизации направят сами регионы.

Программа реализуется во всех субъектах Российской Федерации, мероприятия осуществляются в соответствии с планами-графиками. Из 8,2 тыс. лечебных учреждений, работающих в системе ОМС, ремонт будет осуществлен в 3,6 тыс. Для 5,2 тыс. ЛПУ запланировано приобретение медицинского оборудования (всего около 200 тыс. единиц или 35-36 на одно учреждение), в большинстве регионов приобретаются современно оснащенные автомобили скорой медицинской помощи.

В рамках создания в сфере здравоохранения единой информационной системы субъектам Российской Федерации предстоит повысить техническую оснащенность медицинских организаций путем приобретения компьютерного оборудования, организации локальных вычислительных сетей.

С 1 января 2012 года начнет внедряться единая универсальная электронная карта. В ней будет зафиксировано право человека на большинство социальных гарантий, в том числе будет присутствовать приложение обязательного медицинского страхования. В Российской Федерации будет создана единая база застрахованных граждан, которая поможет исключить дублирование страхования, отказы гражданам в получении медицинской помощи на другой территории. Персонифицированный учет позволит осуществлять контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования и определять потребности в объемах медицинской помощи.

Федеральный фонд ОМС дополнительно финансирует медицинские услуги, которые оказываются по стандартам в субъектах Российской Федерации, доводя их финансовое обеспечение до необходимого уровня. Эти средства направляются на заработную плату медицинских работников и лекарственные средства в стационарном звене.

В рамках программы модернизации здравоохранения, узкие специалисты, работающие в поликлиниках, также начнут получать доплату к заработной плате. Размер доплаты в среднем составит 5-6 тыс. руб. Выплаты коснутся 240 тыс. врачей-специалистов и средних медицинских работников. Это позволит привлечь врачей узкой специальности в амбулаторное звено и повысить доступность поликлинической помощи для населения.

Внедрение стандартов оказания медицинской помощи связано с переходом на одноканальное финансирование здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования в 2013 году. Оплата медицинской помощи будет осуществляться по полному тарифу, включающему все статьи расходов медицинских организаций за исключением капитального строительства и дорогостоящего медицинского оборудования.



С.С. Собянин
Мэр Москвы

«Столичные больницы планируется обеспечить необходимым современным медоборудованием до февраля 2012 года. Оснащение многих столичных больниц устарело, и в этом году мы начали масштабную модернизацию

медучреждений, для которых закупают современное оборудование. На эти цели выделено более 65 миллиардов рублей. В общей сложности в столичное здравоохранение в ближайшие два года будет вложено 114 миллиардов рублей.

Мы провели торги на поставку 70 единиц оборудования в клиники Москвы, 26 из которых начали монтировать или уже установлены. Кроме того, объявлен конкурс на закупку еще 100 единиц самого современного оборудования. Думаю, что до февраля 2012 года в основном это оборудование будет установлено во всех клиниках Москвы, где это необходимо».



Г.А. Щербаков
Заместитель председателя профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации

Новый закон об ОМС предусматривает проведение модернизации здравоохранения в субъектах РФ, направленную на укрепление материально-технической базы, внедрение современных информационных систем, внедрение стандартов и повышение доступности амбулаторной медицинской помощи. Проведение этих мероприятий, с точки зрения защиты законных прав и интересов медицинских работников, очень важно, так как направлено на создание более благоприятных условий труда, оптимизацию лечебных процессов, повышение заинтересованности медицинских работников в конечных результатах.

Внедрение стандартов и деятельность учреждений здравоохранения по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи является экономическим обоснованием для совершенствования организации оплаты труда медицинских работников и повышения уровня заработной платы. Теперь необходимо, чтобы это в полной мере было учтено при формировании тарифов на стандарты медицинской помощи.

К сожалению, нормы Закона и разработанные подзаконные нормативные акты не предусматривают необходимости ежегодной индексации тарифов, что обеспечивало бы регулирование полноценного возмещения расходов медицинских учреждений на оказание медицинской помощи, в том числе, с учетом проведения индексации оплаты труда. Заработная плата работников здравоохранения на протяжении значительного периода времени не превышает 70-75% от уровня заработной платы работников производственных отраслей, что явно несправедливо. Поэтому мы считаем, что оказание медицинской помощи по стандартам должно быть финансово обеспечено, а труд медицинских работников достоин оплаты.

Все три задачи модернизации здравоохранения, определенные Законом, должны решаться в комплексе. Можно построить новые помещения, установить самое современное дорогостоящее оборудование, но в первую очередь необходимы высококвалифицированные специалисты, их ответственность, заинтересованность в результатах и достойное вознаграждение за труд, если мы хотим получить то качество медицинской помощи, на которое рассчитываем.

О Постановлении Правительства Российской Федерации от 21 октября 2011г. № 856 «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год»

И.А. Титова
*Начальник отдела государственных гарантий
бесплатной медицинской помощи
Минздравсоцразвития России*

Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год (далее – Программа государственных гарантий) утверждена постановлением Правительства Российской Федерации от 21 октября 2011 года № 856. Эта Программа определяет виды и условия оказания медицинской помощи, нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансового обеспечения, порядок формирования и структуру тарифов на медицинскую помощь, а также предусматривает критерии качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой гражданам Российской Федерации на территории РФ бесплатно.

В соответствии с Программой государственных гарантий органы государственной власти субъектов Российской Федерации разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год, включая территориальные программы обязательного медицинского страхования.

В соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» Программа государственных гарантий конкретизирована в части оказания медицинской помощи застрахованным лицам в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

Нормативы финансового обеспечения Программы государственных гарантий на 2012 год, а также нормативы объема медицинской помощи сохранены на уровне 2011 года. Подушевые нормативы финансового обеспечения, предусмотренные Программой государственных гарантий (без учета расходов федерального бюджета), установлены в расчете на 1 человека в год, за счет средств обязательного медицинского страхования – на 1 застрахованное лицо, и составляют в среднем 7633,4 рубля, из них:

- 4102,9 рубля - за счет средств обязательного медицинского страхования;
- 3530,5 рублей - за счет средств соответствующих бюджетов.

В Программе государственных гарантий на 2012 год сохраняется преемственность подходов, установленных ранее, а именно:

- конкретизация видов и условий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации;
- требования к структуре территориальной программы государственных гарантий;
- конкретизация критериев качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой в рамках Программы государственных гарантий.

УДК 614.2

Федеральный закон «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2012 год и на плановый период 2013 и 2014 годов»



М.Н. Зайнутдинова

М.Н. Зайнутдинова

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

Резюме

Бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год и двухлетний плановый период сформирован бездефицитным и составляет: в 2012 году 891,7 млрд.рублей (на 555,7 млрд.рублей или в 2,6 раза выше уровня 2011 года); в 2013 году 1 034,4 млрд.рублей; в 2014 году 1 188,5 млрд.рублей.

Существенное увеличение объема бюджета Фонда по страховым взносам на обязательное медицинское страхование по сравнению с 2011 годом обусловлено направлением с 2012 года в бюджет Фонда страховых

взносов на обязательное медицинское страхование не-работающего населения, которые ранее направлялись в бюджеты территориальных фондов; направлением с 2012 года страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающих граждан по тарифу 2%, ранее зачисляемых в бюджеты территориальных фондов.

Ключевые слова: бюджет ФОМС, бюджеты территориальных фондов ОМС, субвенции ФОМС, трансферы бюджетам ТФОМС, нормированный страховой запас ФОМС.

Abstract

Federal Law «About the Budget of the Federal Fund of Obligatory Medical Insurance for 2012 and for the planned period between 2013 and 2014»

М.Н. Zaynutdinova

The Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance

The Budget of the Federal Fund of Obligatory Medical Insurance for the next financial year and the two-year planned period is formed as a non-deficit one and makes up: 891.7 milliard rubles in 2012 (by 555.7 milliard rubles or 2.6 times higher than the 2011 level); 1 034.4 milliard rubles in 2013; 1,188.5 milliard rubles in 2014.

A considerable increase of budget volume for the Fund on insurance premium for obligatory medical insurance compared with 2011 is caused by transfers of insurance premiums for obligatory medical insurance of non-working

population since 2012 to the Fund budget, that previously were transferred to the budgets of territorial funds; by transfer of insurance premiums for obligatory medical insurance of working citizens since 2012 using the 2% rate, previously entered into account of the budgets of territorial funds.

Key words: FOMI budget, budgets of territorial OMI Funds, subventions of the FOMI, transfers to the TFOMI budgets, standardized insurance reserve of the FOMI.

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

Бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год и двухлетний плановый период сформирован бездефицитным и составляет:

в 2012 году 891,7 млрд.рублей (на 555,7 млрд.рублей или в 2,6 раза выше уровня 2011 года);

в 2013 году 1 034,4 млрд.рублей;

в 2014 году 1 188,5 млрд.рублей.

Доходная часть бюджета Фонда сформирована с учетом положений федеральных законов «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам установления тарифов страховых взносов в государственные внебюджетные фонды», «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения», «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», принятых Государственной Думой 22 ноября 2011 года.

Существенное увеличение объема бюджета Фонда по страховым взносам на обязательное медицинское страхование по сравнению с 2011 годом обусловлено:

- направлением с 2012 года в бюджет Фонда страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, которые ранее направлялись в бюджеты территориальных фондов.

Поступление в 2012 году страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения планируется в сумме 302,8 млрд.рублей.

- направлением с 2012 года страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающих граждан по тарифу 2%, ранее зачисляемых в бюджеты территориальных фондов.

В 2012 году поступление страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающих граждан планируется в сумме 537,1 млрд.рублей.

Средства федерального бюджета, передаваемые бюджету Фонда, установлены на 2012 год в размере 51,8 млрд.рублей (в 2,45 раза выше уровня 2011 года), 50,4 млрд.рублей в 2013 году и 18,8 млрд.рублей в 2014 году.

В 2012 году указанные средства направляются на:

- компенсацию выпадающих доходов Фонда в связи с установлением пониженных тарифов в отношении отдельных плательщиков страховых взносов на обязательное медицинское страхование в сумме 46,9 млрд.рублей;

- диспансеризацию пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации в сумме 0,9 млрд.рублей;

- дополнительную диспансеризацию работающих граждан в сумме 4,0 млрд.рублей.

Снижение объемов поступлений из федерального бюджета связано с исключением из расходов федерального бюджета трансфертов Фонду на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной

жизненной ситуации и проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан, так как с 2013 года финансирование расходов на проведение диспансеризации детей-сирот и на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан планируется осуществлять за счет средств обязательного медицинского страхования.

Приоритетным направлением расходования средств бюджета Фонда в период 2012 -2014 годов является направление средств в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования. В 2012 году на эти цели в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования предусмотрено направить 603,3 млрд.рублей. В 2013 и в 2014 годах объем субвенций на указанные цели составит соответственно 1 003,3 млрд.рублей и 1 154,3 млрд.рублей.

Порядок распределения, предоставления и расходования в 2012 году субвенций из бюджета Фонда утвержден Постановлением Правительства Российской Федерации от 23 июня 2011 года № 496 «О порядке распределения, предоставления и расходования в 2012 году субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования».

В 2012 году за счет средств бюджета Фонда в сумме 244,1 млрд.рублей (113,1% к уровню 2011 года) продолжится финансирование региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и мероприятий по модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, и государственных учреждений, реализующих мероприятия в целях создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

Фонду в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных на финансирование программ и мероприятий по модернизации здравоохранения, дано право направлять средства в сумме до 11,0 млрд.рублей на предоставление трансфертов бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление единовременной компенсационной выплаты медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим после окончания высших учебных заведений в сельские населенные пункты. Порядок и условия предоставления указанной компенсационной выплаты определяется частями 12¹ – 12⁵ статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 года «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в редакции Федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Планируется, что Фонд в очередном финансовом году и двухлетнем плановом периоде (ежегодно по 19,0 млрд. рублей) продолжит направлять средства в виде межбюджетных трансфертов Фонду социального страхования Российской Федерации на оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни. Кроме того, указанные средства пойдут на оплату услуг по изготовлению и доставке бланков родовых сертификатов в территориальные органы Фонда социального страхования Российской Федерации. С учетом прогноза рождаемости медицинское обслуживание в рамках родового сертификата в 2012 году получат 1,73 млн. женщин.

Статьями 5 и 6 Федерального закона «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2012 год и на плановый период 2013 и 2014 годов» предусматриваются особенности установления отдельных расходных обязательств Фонда на 2012 год в части направления средств нормированного страхового запаса, а также особенности исполнения бюджета Фонда в 2012 году в части расходования остатков средств по состоянию на 1 января 2012 года, зачислению средств

в объеме процентного дохода от размещения временно свободных средств Фонда, внесения изменений в показатели бюджетной росписи бюджета Фонда.

На обеспечение целевых мероприятий Фонда, включая содержание Фонда, предусматривается направить средства в 2012 году в сумме 1 052,4 млн. рублей, в 2013 году в сумме 683,7 млн. рублей, 2014 году в сумме 714,3 млн. рублей.

На международное сотрудничество в 2012 году с учетом уплаты взносов и погашения задолженности в размере 3,3 млн. рублей по членским взносам за 1999 год в Международную ассоциацию социального обеспечения (МАСО) предусматривается направить 16,1 млн. рублей.

Расходы на финансирование мероприятий в области средств массовой информации, на выполнение научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ по государственным контрактам, на обучение сотрудников Фонда и территориальных фондов ОМС в целях повышения квалификации на 2012 год и на 2013 год предусмотрены в размере, установленном Федеральным законом от 8 декабря 2010 года № 333-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2011 год и на плановый период 2012 и 2013 годов».



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН

от 30 ноября 2011 года № 370-ФЗ

МОСКВА

О БЮДЖЕТЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА 2012 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2013 И 2014 ГОДОВ

*Принят Государственной Думой 22 ноября 2011 года
Одобен Советом Федерации 25 ноября 2011 года*

Статья 1. Основные характеристики бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2012 год и на плановый период 2013 и 2014 годов

1. Утвердить основные характеристики бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - Фонд) на 2012 год:

1) прогнозируемый общий объем доходов бюджета Фонда в сумме 891 729 020,6 тыс. рублей, в том числе за счет межбюджетных трансфертов, получаемых из федерального бюджета в сумме 51 810 000,0 тыс. рублей;

2) общий объем расходов бюджета Фонда в сумме 891 729 020,6 тыс. рублей, в том числе межбюджетные трансферты, передаваемые бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации в сумме 19 030 000,0 тыс. рублей.

2. Утвердить основные характеристики бюджета Фонда на плановый период 2013 и 2014 годов:

1) прогнозируемый общий объем доходов бюджета Фонда на 2013 год в сумме 1 034 409 660,3 тыс. рублей, в том числе за счет межбюджетных трансфертов, получаемых из федерального бюджета в сумме 50 430 000,0 тыс. рублей, и на 2014 год в сумме 1 188 488 720,6 тыс. рублей, в том числе за счет межбюджетных трансфертов, получаемых из федерального бюджета в сумме 18 810 000,0 тыс. рублей;

2) общий объем расходов бюджета Фонда на 2013 год в сумме 1 034 409 660,3 тыс. рублей, в том числе межбюджетные трансферты, передаваемые бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации в сумме 19 030 000,0 тыс. рублей, и на 2014 год в сумме 1 188 488 720,6 тыс. рублей, в том числе межбюджетные трансферты, передаваемые бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации в сумме 19 030 000,0 тыс. рублей.

Статья 2. Главные администраторы доходов бюджета Фонда и главные администраторы источников финансирования дефицита бюджета Фонда

1. Утвердить перечень главных администраторов доходов бюджета Фонда на 2012 год согласно приложению 1 к настоящему Федеральному закону.

2. Утвердить перечень главных администраторов источников финансирования дефицита бюджета Фонда согласно приложению 2 к настоящему Федеральному закону.

Статья 3. Бюджетные ассигнования бюджета Фонда на 2012 год и на плановый период 2013 и 2014 годов

Утвердить распределение бюджетных ассигнований бюджета Фонда по разделам и подразделам, целевым статьям и видам расходов классификации расходов бюджетов:

- 1) на 2012 год согласно приложению 3 к настоящему Федеральному закону;
- 2) на плановый период 2013 и 2014 годов согласно приложению 4 к настоящему Федеральному закону.

Статья 4. Межбюджетные трансферты бюджету Фонда и из бюджета Фонда другим бюджетам бюджетной системы Российской Федерации

1. Утвердить распределение субвенций из бюджета Фонда, направляемых в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации в 2012 году, в сумме 603 292 189,4 тыс. рублей согласно приложению 5 к настоящему Федеральному закону.

2. Установить, что предоставление субвенций, предусмотренных частью 1 настоящей статьи, бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования осуществляется ежемесячно после перечисления в установленном порядке в бюджет Фонда из бюджета субъекта Российской Федерации суммы ежемесячного обязательного платежа.

3. Установить, что предоставление в 2012 году бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования из бюджета Фонда субсидий на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан, на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, осуществляется в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

4. Установить, что из бюджета Фонда направляются в 2012 году и в плановом периоде 2013 и 2014 годов в бюджет Фонда социального страхования Российской Федерации межбюджетные трансферты на оплату медицинским организациям государственной и муниципальной систем здравоохранения, медицинским организациям и иным организациям, осуществляющим медицинскую деятельность, участвующим в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, в сумме 3,0 тыс. рублей и медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, в сумме 6,0 тыс. рублей соответственно за каждую женщину, по диспансерному (профилактическому) наблюдению ребенка, поставленного в течение первого года жизни в возрасте до трех месяцев на диспансерный учет, в сумме 1,0 тыс. рублей за первые шесть месяцев и в сумме 1,0 тыс. рублей за вторые шесть месяцев диспансерного (профилактического) наблюдения за каждым ребенком с момента постановки его на диспансерный учет, а также на оплату услуг по изготовлению и доставке в территориальные органы Фонда социального страхования Российской Федерации бланков родовых сертификатов.

5. Фонд вправе в 2012 году в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных приложением 3 к настоящему Федеральному закону по целевой статье расходов «Реализация программ и мероприятий по модернизации здравоохранения» подраздела «Другие вопросы в области здравоохранения» раздела «Здравоохранение» классификации расходов бюджетов, осуществлять направление средств в сумме до 11 000 000,0 тыс. рублей на предоставление в порядке и на условиях, установленных частями 12.1 - 12.5 статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», иных межбюджетных трансфертов бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования в целях осуществления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам с внесением соответствующих изменений в бюджетную роспись бюджета Фонда на 2012 год и с отражением указанных расходов в отчете об исполнении бюджета Фонда за 2012 год.

Статья 5. Особенности установления отдельных расходных обязательств Фонда в 2012 году

1. Установить, что средства нормированного страхового запаса Фонда в 2012 году в соответствии с решениями Фонда направляются:

1) на покрытие временных кассовых разрывов, возникающих в ходе исполнения бюджета Фонда в текущем финансовом году, с последующим восстановлением средств нормированного страхового запаса Фонда;

2) на увеличение субвенций (за исключением части субвенций в размере страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения) до размера субвенций, установленных настоящим Федеральным законом на 2012 год (за исключением части субвенций в размере страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения), если доходов бюджета Фонда, необходимых для формирования субвенций (за исключением части субвенций в размере страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения), недостаточно;

3) на увеличение субвенций в случае, если доходы бюджета Фонда обеспечивают формирование субвенций в размере, установленном настоящим Федеральным законом на 2012 год. Распределение средств нормированного страхового запаса Фонда на увеличение субвенций осуществляется в порядке, утверждаемом Правительством Российской Федерации;

4) на оплату расходов Фонда по изготовлению и доставке полисов обязательного медицинского страхования единого образца в размере, устанавливаемом Фондом;

5) на предоставление территориальным фондам обязательного медицинского страхования межбюджетных трансфертов в целях поощрения страховых медицинских организаций и медицинских организаций, достигших наилучших значений показателей деятельности, установленных территориальными фондами обязательного медицинского страхования.

2. Установить, что Фонд в 2012 году вправе осуществлять в установленном им порядке в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных приложением 3 к настоящему Федеральному закону по целевой статье «Аппараты органов управления государственных внебюджетных фондов» подраздела «Социальное обеспечение населения» раздела «Социальная политика» классификации расходов бюджетов, предоставление работникам Фонда единовременной субсидии на приобретение жилого помещения.

Статья 6. Особенности исполнения бюджета Фонда в 2012 году

1. Направить с соответствующим внесением изменений в бюджетную роспись бюджета Фонда остатки средств бюджета Фонда по состоянию на 1 января 2012 года, образовавшиеся в связи с неполным использованием бюджетных ассигнований, утвержденных Федеральным законом от 8 декабря 2010 года N 333-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2011 год и на плановый период 2012 и 2013 годов», предусмотренных:

1) на финансовое обеспечение программ модернизации здравоохранения, - на региональные программы модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и мероприятия по модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, и государственных учреждений, реализующих мероприятия, предусмотренные пунктом 2 части 3 статьи 50 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в 2012 году;

2) на дополнительную диспансеризацию работающих граждан, - на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, на завершение расчетов в первом квартале 2012 года и реализацию указанных мероприятий в 2012 году;

3) на оплату государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения, 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, в период родов и в послеродовой период, а также по диспансерному (профилактическому) наблюдению ребенка в течение первого года жизни, для последующего перечисления в бюджет Фонда социального страхования Российской Федерации в объеме, необходимом для завершения расчетов в первом квартале 2012 года по договорам, заключенным в 2011 году.

2. Установить, что средства в объеме процентного дохода, полученного от размещения временно свободных средств Фонда, в 2012 году подлежат зачислению на счет по учету средств нормированного страхового запаса.

3. Установить в соответствии с пунктом 6 статьи 184.1 Бюджетного кодекса Российской Федерации, что основанием для увеличения бюджетных ассигнований с соответствующим внесением изменений в показатели бюджетной росписи бюджета Фонда в 2012 году является использование средств, указанных в части 2 настоящей статьи, на цели, указанные в части 1 статьи 5 настоящего Федерального закона.

4. Установить, что предоставление субсидий на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и бюджетных ассигнований Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Федеральному медико-биологическому агентству и Российской академии медицинских наук на реализацию мероприятий по модернизации подведомственных им государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, а также Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации и подведомственным ему государственным учреждениям на реализацию мероприятий по внедрению современных информационных систем в здравоохранение в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» осуществляется с внесением соответствующих изменений в бюджетную роспись бюджета Фонда на 2012 год без внесения изменений в настоящий Федеральный закон путем распределения бюджетных ассигнований, предусмотренных на реализацию программ и мероприятий по модернизации здравоохранения, по соответствующим целевым статьям классификации расходов бюджетов и с отражением указанных расходов в отчете об исполнении бюджета Фонда за 2012 год.

5. Установить в соответствии с пунктом 3 статьи 217 Бюджетного кодекса Российской Федерации, что основанием для внесения в 2012 году изменений в показатели бюджетной росписи бюджета Фонда, связанных с резервированием

средств в составе утвержденных бюджетных ассигнований, является распределение средств нормированного страхового запаса Фонда, предусмотренных по соответствующей целевой статье подраздела «Другие вопросы в области здравоохранения» раздела «Здравоохранение» классификации расходов бюджетов.

6. Остатки средств на счете по учету средств обязательного медицинского страхования, предусмотренных на содержание Фонда, предоставление в 2011 году работникам Фонда единовременной субсидии на приобретение жилого помещения, по состоянию на 1 января 2012 года направляются Фондом в 2012 году на те же цели с соответствующим внесением изменений в показатели бюджетной росписи бюджета Фонда.

7. Остатки средств на счетах по учету средств обязательного медицинского страхования и нормированного страхового запаса Фонда, предусмотренных на переподготовку и повышение квалификации, информатику, международное сотрудничество, информационно-публицистическую деятельность, выполнение научно-исследовательских работ, и в объеме процентного дохода, полученного от размещения временно свободных средств Фонда в 2011 году, по состоянию на 1 января 2012 года направляются на увеличение нормированного страхового запаса Фонда, предусмотренного по подразделу «Другие вопросы в области здравоохранения» раздела «Здравоохранение» классификации расходов бюджетов, с соответствующим внесением изменений в показатели бюджетной росписи бюджета Фонда.

8. Установить, что средства, перечисленные в бюджет Фонда из бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования за нарушение условий, установленных при предоставлении межбюджетных трансфертов из бюджета Фонда, источником финансового обеспечения которых являлись бюджетные ассигнования из федерального бюджета, подлежат перечислению в федеральный бюджет.

9. В соответствии с пунктом 2 статьи 184.1 Бюджетного кодекса Российской Федерации утвердить нормативы распределения доходов между бюджетами бюджетной системы Российской Федерации на 2012 год и на плановый период 2013 и 2014 годов согласно приложению 6 к настоящему Федеральному закону.

10. Установить, что с 2012 года в доход бюджета Фонда подлежат зачислению:

1) средства от уплаты сумм денежных взысканий (штрафов), налагаемых Пенсионным фондом Российской Федерации и его территориальными органами в соответствии со статьями 48 - 51 Федерального закона от 24 июля 2009 года N 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования», по нормативу 17 процентов;

2) страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения по нормативу 100 процентов.

11. Страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения за расчетные периоды, истекшие до 1 января 2012 года, поступают в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования для последующего перечисления в бюджет Фонда.

12. Установить величину коэффициента удорожания стоимости медицинских услуг для определения размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в соответствии с Федеральным законом «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» на 2012 год в размере, равном 1,0.

Президент
Российской Федерации
Д.МЕДВЕДЕВ

Москва, Кремль
30 ноября 2011 года
N 370-ФЗ

Приложение 1
к Федеральному закону
«О бюджете Федерального фонда
обязательного медицинского
страхования на 2012 год
и на плановый период 2013
и 2014 годов»

**ПЕРЕЧЕНЬ ГЛАВНЫХ АДМИНИСТРАТОРОВ ДОХОДОВ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА 2012 ГОД**

Код бюджетной классификации Российской Федерации		Наименование главного администратора доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
главного ад- министрато- ра доходов	доходов бюджета Федераль- ного фонда обязательного медицинского страхования	
151		Федеральная служба финансово-бюджетного надзора
151	1 16 20030 08 0000 140	Денежные взыскания (штрафы) за нарушение законодательства Рос- сийской Федерации о государственных внебюджетных фондах и о конкретных видах обязательного социального страхования, бюджетного законодательства (в части бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования)
182		Федеральная налоговая служба
182	1 05 01030 01 0000 110	Минимальный налог, зачисляемый в бюджеты государственных вне- бюджетных фондов (уплаченный (взысканный) за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)
182	1 05 01012 01 0000 110	Налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)
182	1 05 01022 01 0000 110	Налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы, уменьшенные на величину расходов (за на- логовые периоды истекшие до 1 января 2011 года)
182	1 05 02020 02 0000 110	Единый налог на вмененный доход для отдельных видов деятельности (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)
182	1 05 03020 01 0000 110	Единый сельскохозяйственный налог (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)
182	1 05 01042 02 0000 110	Налоги, взимаемые в виде стоимости патента в связи с применением упрощенной системы налогообложения (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)
182	1 09 09030 08 0000 110	Единый социальный налог, зачисляемый в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования
182	1 09 08040 08 0000 140	Недоимка, пени и штрафы по взносам в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
392		Пенсионный фонд Российской Федерации
392	1 02 02101 08 0000 160	Страховые взносы на обязательное медицинское страхование работаю- щего населения, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязатель- ного медицинского страхования

392	1 16 20050 01 0000 140	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»
394		Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
394	1 11 02071 08 0000 120	Доходы от размещения временно свободных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 11 05038 08 0000 120	Доходы от сдачи в аренду имущества, находящегося в оперативном управлении Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 11 09048 08 0000 120	Прочие поступления от использования имущества, находящегося в оперативном управлении Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 13 02068 08 0000 130	Доходы, поступающие в порядке возмещения расходов, понесенных в связи с эксплуатацией федерального имущества, закрепленного на праве оперативного управления за Федеральным фондом обязательного медицинского страхования
394	1 13 02998 08 0000 130	Прочие доходы от компенсации затрат бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 14 02080 08 0000 410	Доходы от реализации имущества, находящегося в оперативном управлении Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в части реализации основных средств по указанному имуществу)
394	1 14 02080 08 0000 440	Доходы от реализации имущества, находящегося в оперативном управлении Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в части реализации материальных запасов по указанному имуществу)
394	1 14 04080 08 0000 420	Доходы от продажи нематериальных активов, находящихся в федеральной собственности, закрепленных за Федеральным фондом обязательного медицинского страхования
394	1 16 21080 08 0000 140	Денежные взыскания (штрафы) и иные суммы, взыскиваемые с лиц, виновных в совершении преступлений, и в возмещение ущерба имуществу, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 16 23080 08 0000 140	Доходы от возмещения ущерба при возникновении страховых случаев, когда выгодоприобретателями выступают получатели средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 16 32000 08 0000 140	Денежные взыскания, налагаемые в возмещение ущерба, причиненного в результате незаконного или нецелевого использования бюджетных средств (в части бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования)
394	1 16 90080 08 0000 140	Прочие поступления от денежных взысканий (штрафов) и иных сумм в возмещение ущерба, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 17 01080 08 0000 180	Невыясненные поступления, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 17 06030 08 0000 180	Прочие неналоговые поступления в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
394	2 02 05602 08 0000 151	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 05607 08 0000 151	Средства федерального бюджета, передаваемые бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан
394	2 18 06030 08 0000 151	Доходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования от возврата остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет
394	2 19 06013 08 0000 151	Возврат остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	2 02 05608 08 0000 151	Средства федерального бюджета, передаваемые бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования на компенсацию выпадающих доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование
395		Территориальные фонды обязательного медицинского страхования
395	1 02 02102 08 0000 160	Страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Приложение 2
к Федеральному закону
«О бюджете Федерального фонда
обязательного медицинского
страхования на 2012 год
и на плановый период 2013
и 2014 годов»

ПЕРЕЧЕНЬ ГЛАВНЫХ АДМИНИСТРАТОРОВ ИСТОЧНИКОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ ДЕФИЦИТА БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Код главы	Код группы, подгруппы, статьи и вида источников	Наименование
394		Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
394	01 05 02 01 08 0000 510	Увеличение прочих остатков денежных средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	01 05 02 01 08 0000 610	Уменьшение прочих остатков денежных средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	01 06 06 01 08 0000 510	Увеличение иных финансовых активов в собственности Федерального фонда обязательного медицинского страхования за счет средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, размещенных в депозиты в валюте Российской Федерации в кредитных организациях
394	01 06 06 01 08 0000 610	Уменьшение иных финансовых активов в собственности Федерального фонда обязательного медицинского страхования за счет средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, размещенных в депозиты в валюте Российской Федерации в кредитных организациях

Приложение 3
к Федеральному закону
«О бюджете Федерального фонда
обязательного медицинского
страхования на 2012 год
и на плановый период 2013
и 2014 годов»

**РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БЮДЖЕТНЫХ АССИГНОВАНИЙ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА 2012 ГОД
ПО РАЗДЕЛАМ И ПОДРАЗДЕЛАМ, ЦЕЛЕВЫМ СТАТЬЯМ И ВИДАМ
РАСХОДОВ КЛАССИФИКАЦИИ РАСХОДОВ БЮДЖЕТОВ**

(тыс. рублей)

Наименование	Мин	Рз	ПР	ЦСР	ВР	Сумма
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	394					891 729 020,6
Общегосударственные вопросы	394	01	00			995 629,0
Международные отношения и международное сотрудничество	394	01	08			16 069,3
Международное сотрудничество	394	01	08	030 00 00		16 069,3
Обеспечение мероприятий, предусмотренных соглашениями с международными финансовыми организациями	394	01	08	030 03 00		7 600,0
Иные бюджетные ассигнования	394	01	08	030 03 00	800	7 600,0
Предоставление платежей, взносов, безвозмездных перечислений субъектам международного права	394	01	08	030 03 00	860	7 600,0
Платежи в целях обеспечения реализации соглашений с правительствами иностранных государств и международными организациями	394	01	08	030 03 00	863	7 600,0
Международные культурные, научные и информационные связи	394	01	08	030 04 00		8 469,3
Закупка товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	01	08	030 04 00	200	1 169,3
Иные закупки товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	01	08	030 04 00	240	1 169,3
Прочая закупка товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	01	08	030 04 00	244	1 169,3
Иные бюджетные ассигнования	394	01	08	030 04 00	800	7 300,0
Предоставление платежей, взносов, безвозмездных перечислений субъектам международного права	394	01	08	030 04 00	860	7 300,0
Взносы в международные организации	394	01	08	030 04 00	862	7 300,0
Другие общегосударственные вопросы	394	01	13			979 559,7
Руководство и управление в сфере установленных функций	394	01	13	001 00 00		979 559,7
Аппараты органов управления государственных внебюджетных фондов	394	01	13	001 55 00		979 559,7
Расходы на выплаты персоналу в целях обеспечения выполнения функций государственными органами, казенными учреждениями, органами управления государственными внебюджетными фондами	394	01	13	001 55 00	100	191 938,7
Расходы на выплаты персоналу государственных внебюджетных фондов	394	01	13	001 55 00	140	191 938,7
Фонд оплаты труда и страховые взносы	394	01	13	001 55 00	141	190 848,0
Иные выплаты персоналу, за исключением фонда оплаты труда	394	01	13	001 55 00	142	1 090,7
Закупка товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	01	13	001 55 00	200	390 270,0
Иные закупки товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	01	13	001 55 00	240	390 270,0

Наименование	Мин	Рз	ПР	ЦСР	ВР	Сумма
Закупка товаров, работ, услуг в сфере информационно-коммуникационных технологий	394	01	13	001 55 00	242	279 612,0
Закупка товаров, работ, услуг в целях капитального ремонта государственного имущества	394	01	13	001 55 00	243	14 600,0
Прочая закупка товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	01	13	001 55 00	244	96 058,0
Бюджетные инвестиции	394	01	13	001 55 00	400	380 000,0
Бюджетные инвестиции на приобретение объектов недвижимого имущества	394	01	13	001 55 00	440	380 000,0
Бюджетные инвестиции на приобретение объектов недвижимого имущества государственным внебюджетным фондам	394	01	13	001 55 00	446	380 000,0
Иные бюджетные ассигнования	394	01	13	001 55 00	800	17 351,0
Уплата налогов, сборов и иных платежей	394	01	13	001 55 00	850	17 351,0
Уплата налога на имущество организаций и земельного налога	394	01	13	001 55 00	851	17 160,0
Уплата прочих налогов, сборов и иных обязательных платежей	394	01	13	001 55 00	852	191,0
Образование	394	07	00			9 899,1
Профессиональная подготовка, переподготовка и повышение квалификации	394	07	05			9 899,1
Учебные заведения и курсы по переподготовке кадров	394	07	05	429 00 00		9 899,1
Переподготовка и повышение квалификации кадров	394	07	05	429 78 00		9 899,1
Закупка товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	07	05	429 78 00	200	9 899,1
Иные закупки товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	07	05	429 78 00	240	9 899,1
Прочая закупка товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	07	05	429 78 00	244	9 899,1
Здравоохранение	394	09	00			890 691 697,7
Амбулаторная помощь	394	09	02			4 900 000,0
Социальная помощь	394	09	02	505 00 00		4 900 000,0
Проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации	394	09	02	505 21 01		900 000,0
Межбюджетные трансферты	394	09	02	505 21 01	500	900 000,0
Межбюджетные трансферты бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования	394	09	02	505 21 01	580	900 000,0
Проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан	394	09	02	505 24 00		4 000 000,0
Межбюджетные трансферты	394	09	02	505 24 00	500	4 000 000,0
Межбюджетные трансферты бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования	394	09	02	505 24 00	580	4 000 000,0
Прикладные научные исследования в области здравоохранения	394	09	08			15 102,4
Прикладные научные исследования и разработки	394	09	08	081 00 00		15 102,4
Выполнение научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ по государственным контрактам	394	09	08	081 69 00		15 102,4
Закупка товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	09	08	081 69 00	200	15 102,4
Иные закупки товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	09	08	081 69 00	240	15 102,4
Научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы	394	09	08	081 69 00	241	15 102,4
Другие вопросы в области здравоохранения	394	09	09			885 776 595,3
Нормированный страховой запас Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	09	09	092 09 00		19 374 405,9
Иные бюджетные ассигнования	394	09	09	092 09 00	800	19 374 405,9

Наименование	Мин	Рз	ПР	ЦСР	ВР	Сумма
Резервные средства	394	09	09	092 09 00	870	19 374 405,9
Реализация программ и мероприятий по модернизации здравоохранения	394	09	09	092 32 00		244 080 000,0
Межбюджетные трансферты	394	09	09	092 32 00	500	244 080 000,0
Резервные средства	394	09	09	092 32 00	870	244 080 000,0
Социальная помощь	394	09	09	505 00 00		622 322 189,4
Федеральный закон от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»	394	09	09	505 17 00		603 292 189,4
Выполнение территориальной программы обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования	394	09	09	505 17 02		603 292 189,4
Межбюджетные трансферты	394	09	09	505 17 02	500	603 292 189,4
Межбюджетные трансферты бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования	394	09	09	505 17 02	580	603 292 189,4
Оплата медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни	394	09	09	505 35 00		19 030 000,0
Межбюджетные трансферты	394	09	09	505 35 00	500	19 030 000,0
Межбюджетные трансферты бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации	394	09	09	505 35 00	550	19 030 000,0
Социальная политика	394	10	00			20 000,0
Социальное обеспечение населения	394	10	03			20 000,0
Руководство и управление в сфере установленных функций	394	10	03	001 00 00		20 000,0
Аппараты органов управления государственных внебюджетных фондов	394	10	03	001 55 00		20 000,0
Социальное обеспечение и иные выплаты населению	394	10	03	001 55 00	300	20 000,0
Социальные выплаты гражданам, кроме публичных нормативных социальных выплат	394	10	03	001 55 00	320	20 000,0
Субсидии гражданам на приобретение жилья	394	10	03	001 55 00	322	20 000,0
Средства массовой информации	394	12	00			11 794,8
Другие вопросы в области средств массовой информации	394	12	04			11 794,8
Реализация государственных функций, связанных с общегосударственным управлением	394	12	04	092 00 00		11 794,8
Прочие выплаты по обязательствам государства	394	12	04	092 03 05		11 794,8
Закупка товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	12	04	092 03 05	200	11 794,8
Иные закупки товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	12	04	092 03 05	240	11 794,8
Прочая закупка товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	12	04	092 03 05	244	11 794,8

Приложение 4
к Федеральному закону
«О бюджете Федерального фонда
обязательного медицинского
страхования на 2012 год
и на плановый период 2013
и 2014 годов»

**РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БЮДЖЕТНЫХ АССИГНОВАНИЙ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2013 И 2014 ГОДОВ
ПО РАЗДЕЛАМ И ПОДРАЗДЕЛАМ, ЦЕЛЕВЫМ СТАТЬЯМ И ВИДАМ РАСХОДОВ КЛАССИФИКАЦИИ
РАСХОДОВ БЮДЖЕТОВ**

(тыс. рублей)

Наименование	Мин	Рз	ПР	ЦСР	ВР	Сумма	
						2013 год	2014 год
Федеральный фонд обязательного медицинско-го страхования	394					1 034 409 660,3	1 188 488 720,6
Общегосударственные вопросы	394	01	00			645 758,3	674 637,5
Международные отношения и международное сотрудничество	394	01	08			16 743,7	7 439,8
Международное сотрудничество	394	01	08	030 00 00		16 743,7	7 439,8
Обеспечение мероприятий, предусмотренных соглашениями с международными финансовыми организациями	394	01	08	030 03 00		11 400,0	
Иные бюджетные ассигнования	394	01	08	030 03 00	800	11 400,0	
Предоставление платежей, взносов, безвозмездных перечислений субъектам международного права	394	01	08	030 03 00	860	11 400,0	
Платежи в целях обеспечения реализации соглашений с правительствами иностранных государств и международными организациями	394	01	08	030 03 00	863	11 400,0	
Международные культурные, научные и информационные связи	394	01	08	030 04 00		5 343,7	7 439,8
Закупка товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	01	08	030 04 00	200	1 343,7	3 439,8
Иные закупки товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	01	08	030 04 00	240	1 343,7	3 439,8
Прочая закупка товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	01	08	030 04 00	244	1 343,7	3 439,8
Иные бюджетные ассигнования	394	01	08	030 04 00	800	4 000,0	4 000,0
Предоставление платежей, взносов, безвозмездных перечислений субъектам международного права	394	01	08	030 04 00	860	4 000,0	4 000,0
Взносы в международные организации	394	01	08	030 04 00	862	4 000,0	4 000,0
Другие общегосударственные вопросы	394	01	13			629 014,6	667 197,7
Руководство и управление в сфере установленных функций	394	01	13	001 00 00		629 014,6	667 197,7
Аппараты органов управления государственных внебюджетных фондов	394	01	13	001 55 00		629 014,6	667 197,7

Наименование	Мин	Рз	ПР	ЦСР	ВР	Сумма	
						2013 год	2014 год
Расходы на выплаты персоналу в целях обеспечения выполнения функций государственными органами, казенными учреждениями, органами управления государственными внебюджетными фондами	394	01	13	001 55 00	100	202 454,6	212 593,2
Расходы на выплаты персоналу государственных внебюджетных фондов	394	01	13	001 55 00	140	202 454,6	212 593,2
Фонд оплаты труда и страховые взносы	394	01	13	001 55 00	141	201 344,0	211 411,0
Иные выплаты персоналу, за исключением фонда оплаты труда	394	01	13	001 55 00	142	1 110,6	1 182,2
Закупка товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	01	13	001 55 00	200	406 515,0	432 332,5
Иные закупки товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	01	13	001 55 00	240	406 515,0	432 332,5
Закупка товаров, работ, услуг в сфере информационно-коммуникационных технологий	394	01	13	001 55 00	242	294 586,0	307 842,5
Закупка товаров, работ, услуг в целях капитального ремонта государственного имущества	394	01	13	001 55 00	243	10 500,0	50 131,0
Прочая закупка товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	01	13	001 55 00	244	101 429,0	74 359,0
Иные бюджетные ассигнования	394	01	13	001 55 00	800	20 045,0	22 272,0
Уплата налогов, сборов и иных платежей	394	01	13	001 55 00	850	20 045,0	22 272,0
Уплата налога на имущество организаций и земельного налога	394	01	13	001 55 00	851	19 840,0	22 050,0
Уплата прочих налогов, сборов и иных платежей	394	01	13	001 55 00	852	205,0	222,0
Образование	394	07	00			10 482,5	10 954,2
Профессиональная подготовка, переподготовка и повышение квалификации	394	07	05			10 482,5	10 954,2
Учебные заведения и курсы по переподготовке кадров	394	07	05	429 00 00		10 482,5	10 954,2
Переподготовка и повышение квалификации кадров	394	07	05	429 78 00		10 482,5	10 954,2
Закупка товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	07	05	429 78 00	200	10 482,5	10 954,2
Иные закупки товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	07	05	429 78 00	240	10 482,5	10 954,2
Прочая закупка товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	07	05	429 78 00	244	10 482,5	10 954,2
Здравоохранение	394	09	00			1 033 741 624,7	1 187 790 803,3
Прикладные научные исследования в области здравоохранения	394	09	08			15 684,4	16 390,2
Прикладные научные исследования и разработки	394	09	08	081 00 00		15 684,4	16 390,2
Выполнение научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ по государственным контрактам	394	09	08	081 69 00		15 684,4	16 390,2
Закупка товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	09	08	081 69 00	200	15 684,4	16 390,2

Наименование	Мин	Рз	ПР	ЦСР	ВР	Сумма	
						2013 год	2014 год
Иные закупки товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	09	08	081 69 00	240	15 684,4	16 390,2
Научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы	394	09	08	081 69 00	241	15 684,4	16 390,2
Другие вопросы в области здравоохранения	394	09	09			1 033 725 940,3	1 187 774 413,1
Нормированный страховой запас Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	09	09	092 09 00		11 428 813,5	14 486 825,0
Иные бюджетные ассигнования	394	09	09	092 09 00	800	11 428 813,5	14 486 825,0
Резервные средства	394	09	09	092 09 00	870	11 428 813,5	14 486 825,0
Социальная помощь	394	09	09	505 00 00		1 022 297 126,8	1 173 287 588,1
Федеральный закон от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»	394	09	09	505 17 00		1 003 267 126,8	1 154 257 588,1
Выполнение территориальной программы обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования	394	09	09	505 17 02		1 003 267 126,8	1 154 257 588,1
Межбюджетные трансферты	394	09	09	505 17 02	500	1 003 267 126,8	1 154 257 588,1
Межбюджетные трансферты бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования	394	09	09	505 17 02	580	1 003 267 126,8	1 154 257 588,1
Оплата медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни	394	09	09	505 35 00		19 030 000,0	19 030 000,0
Межбюджетные трансферты	394	09	09	505 35 00	500	19 030 000,0	19 030 000,0
Межбюджетные трансферты бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации	394	09	09	505 35 00	540	19 030 000,0	19 030 000,0
Средства массовой информации	394	12	00			11 794,8	12 325,6
Другие вопросы в области средств массовой информации	394	12	04			11 794,8	12 325,6
Реализация государственных функций, связанных с общегосударственным управлением	394	12	04	092 00 00		11 794,8	12 325,6
Прочие выплаты по обязательствам государства	394	12	04	092 03 05		11 794,8	12 325,6
Закупка товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	12	04	092 03 05	200	11 794,8	12 325,6
Иные закупки товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	12	04	092 03 05	240	11 794,8	12 325,6
Прочая закупка товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	12	04	092 03 05	244	11 794,8	12 325,6

Приложение 5
к Федеральному закону
«О бюджете Федерального фонда
обязательного медицинского
страхования на 2012 год
и на плановый период 2013
и 2014 годов»

**РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СУБВЕНЦИЙ ИЗ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, НАПРАВЛЯЕМЫХ В БЮДЖЕТЫ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ФОНДОВ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ДЛЯ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ
ОРГАНИЗАЦИИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИЯХ СУБЪЕКТОВ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2012 ГОДУ**

(тыс. рублей)

Наименование	Субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования			
	Всего	В том числе		
		в размере стра- ховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения	в размере стра- ховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения	в размере дота- ций, предусмо- тренных бюд- жетом Фонда на 2011 год
1	2	3	4	5
Российская Федерация, всего	603 292 189,4	298 427 628,2	214 993 792,4	89 870 768,8
в том числе:				
Республика Адыгея (Адыгея)	1 352 814,9	842 402,0	262 512,8	247 900,1
Республика Алтай	938 176,3	417 618,6	177 855,5	342 702,2
Республика Башкортостан	15 143 848,7	9 297 503,4	3 975 644,4	1 870 700,9
Республика Бурятия	4 126 885,5	2 094 753,3	991 840,0	1 040 292,2
Республика Дагестан	8 175 408,9	3 547 896,2	738 722,7	3 888 790,0
Республика Ингушетия	1 289 744,2	400 252,3	109 399,2	780 092,7
Кабардино-Балкарская Республика	2 518 943,7	1 390 663,3	340 308,0	787 972,4
Республика Калмыкия	921 798,7	492 710,3	153 298,1	275 790,3
Карачаево-Черкесская Республика	1 504 986,9	1 110 615,0	211 970,9	182 401,0
Республика Карелия	3 752 466,9	1 660 393,6	902 234,9	1 189 838,4
Республика Коми	6 667 773,2	3 705 570,2	1 865 913,0	1 096 290,0
Республика Марий Эл	1 884 574,6	751 200,0	554 966,6	578 408,0
Республика Мордовия	2 785 105,8	1 501 300,0	745 409,0	538 396,8
Республика Саха (Якутия)	9 221 806,2	5 741 391,6	2 136 957,3	1 343 457,3
Республика Северная Осетия - Алания	1 930 598,1	1 099 671,0	329 031,8	501 895,3
Республика Татарстан (Татарстан)	12 775 646,0	5 686 542,9	4 783 894,9	2 305 208,2
Республика Тыва	2 155 489,5	1 589 611,0	246 490,5	319 388,0
Удмуртская Республика	7 409 093,3	3 990 720,0	1 718 395,7	1 699 977,6
Республика Хакасия	2 451 232,5	978 037,4	561 190,0	912 005,1
Чеченская Республика	5 136 603,0	2 838 657,8	349 902,2	1 948 043,0
Чувашская Республика - Чувашия	4 860 523,0	2 523 806,7	935 876,4	1 400 839,9
Алтайский край	9 558 451,0	4 743 383,9	1 714 249,6	3 100 817,5

1	2	3	4	5
Забайкальский край	5 142 671,8	1 094 731,2	1 618 358,9	2 429 581,7
Камчатский край	3 147 330,3	1 927 383,8	847 257,3	372 689,2
Краснодарский край	16 893 836,5	9 012 658,1	5 596 038,3	2 285 140,1
Красноярский край	17 109 928,0	10 113 593,9	5 142 351,8	1 853 982,3
Пермский край	9 564 602,6	5 527 233,9	3 273 282,4	764 086,3
Приморский край	8 609 739,5	3 844 601,8	2 754 176,5	2 010 961,2
Ставропольский край	9 079 864,4	4 927 024,2	2 007 804,1	2 145 036,1
Хабаровский край	7 994 681,5	3 228 110,8	3 088 481,2	1 678 089,5
Амурская область	4 402 646,2	2 117 558,4	1 119 505,5	1 165 582,3
Архангельская область	6 463 193,3	2 543 701,3	1 799 846,1	2 119 645,9
Астраханская область	2 947 768,4	1 357 019,5	874 901,9	715 847,0
Белгородская область	5 002 764,3	2 820 045,0	1 799 453,8	383 265,5
Брянская область	3 661 960,5	1 767 492,0	870 190,2	1 024 278,3
Владимирская область	4 648 959,0	2 415 835,3	1 586 107,7	647 016,0
Волгоградская область	8 327 105,5	4 642 650,0	2 297 399,2	1 387 056,3
Вологодская область	4 814 936,6	2 961 077,3	1 717 949,4	135 909,9
Воронежская область	7 682 948,5	3 946 760,2	2 291 572,1	1 444 616,2
Ивановская область	3 039 141,7	1 330 123,5	726 405,0	982 613,2
Иркутская область	11 013 556,2	4 183 618,1	3 496 814,7	3 333 123,4
Калининградская область	3 597 008,7	2 006 596,2	1 121 896,0	468 516,5
Калужская область	3 382 291,1	1 672 911,1	1 262 111,0	447 269,0
Кемеровская область	11 282 069,1	5 069 045,0	3 759 709,2	2 453 314,9
Кировская область	5 293 829,6	2 424 818,0	1 318 873,6	1 550 138,0
Костромская область	2 049 428,6	837 065,3	593 908,4	618 454,9
Курганская область	2 819 599,3	1 075 000,0	681 914,3	1 062 685,0
Курская область	3 753 580,2	1 472 967,8	1 083 116,3	1 197 496,1
Ленинградская область	6 125 595,5	3 617 754,2	2 178 023,6	329 817,7
Липецкая область	3 906 908,5	2 573 020,3	1 240 664,1	93 224,1
Магаданская область	1 488 506,0	690 735,0	469 449,2	328 321,8
Московская область	31 749 395,2	18 178 556,1	11 985 971,7	1 584 867,4
Мурманская область	5 507 915,2	2 880 820,2	1 807 501,6	819 593,4
Нижегородская область	14 076 088,7	8 331 819,7	4 651 170,1	1 093 098,9
Новгородская область	2 337 167,9	1 025 919,2	851 598,1	459 650,6
Новосибирская область	10 521 262,7	5 120 021,1	3 964 840,7	1 436 400,9
Омская область	7 371 790,0	3 087 723,4	2 001 243,1	2 282 823,5
Оренбургская область	8 420 984,0	5 386 171,5	2 115 454,3	919 358,2
Орловская область	2 762 649,9	1 391 216,4	741 055,5	630 378,0
Пензенская область	4 730 458,3	2 404 809,6	1 053 803,3	1 271 845,4
Псковская область	2 390 112,1	1 208 112,5	674 543,8	507 455,8
Ростовская область	14 103 579,5	7 904 115,9	4 354 766,4	1 844 697,2
Рязанская область	4 778 003,3	2 645 019,8	1 126 129,8	1 006 853,7
Самарская область	12 388 586,7	7 171 475,0	4 648 351,7	568 760,0
Саратовская область	8 433 341,9	4 290 223,9	2 304 515,6	1 838 602,4
Сахалинская область	4 951 239,7	2 436 658,4	1 179 405,8	1 335 175,5
Свердловская область	18 975 932,6	10 817 514,0	7 350 076,0	808 342,6
Смоленская область	3 569 228,5	1 683 451,0	973 772,4	912 005,1
Тамбовская область	3 353 062,1	1 828 400,4	711 827,5	812 834,2

1	2	3	4	5
Тверская область	4 611 391,9	2 507 902,5	1 461 333,7	642 155,7
Томская область	4 761 905,4	2 532 128,2	1 537 112,9	692 664,3
Тульская область	6 714 978,1	3 431 043,5	1 525 588,7	1 758 345,9
Тюменская область	5 712 255,0	3 298 436,0	2 135 276,0	278 543,0
Ульяновская область	4 520 764,0	1 624 006,0	1 233 260,6	1 663 497,4
Челябинская область	12 674 199,9	6 887 441,5	4 627 836,4	1 158 922,0
Ярославская область	4 644 190,4	2 506 173,3	1 741 398,5	396 618,6
Город Москва	62 684 335,3	17 907 528,4	44 761 569,3	15 237,6
Город Санкт-Петербург	24 877 806,2	11 139 521,7	13 358 898,7	379 385,8
Еврейская автономная область	802 223,1	466 484,0	153 231,6	182 507,5
Ненецкий автономный округ	454 078,4	267 300,0	169 419,1	17 359,3
Ханты-Мансийский автономный округ - Югра	12 787 264,7	6 441 948,6	5 994 665,3	350 650,8
Чукотский автономный округ	871 691,0	593 065,0	263 979,8	14 646,2
Ямало-Ненецкий автономный округ	6 745 834,4	3 327 138,0	3 021 062,1	397 634,3
Город Байконур	200 051,0	99 651,7	89 507,0	10 892,3

Приложение 6
к Федеральному закону
«О бюджете Федерального фонда
обязательного медицинского
страхования на 2012 год
и на плановый период 2013
и 2014 годов»

НОРМАТИВЫ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ДОХОДОВ МЕЖДУ БЮДЖЕТАМИ БЮДЖЕТНОЙ СИСТЕМЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА 2012 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2013 И 2014 ГОДОВ

(в процентах)

Наименование	Бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования
В ЧАСТИ ДОХОДОВ ОТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИМУЩЕСТВА, НАХОДЯЩЕГОСЯ В ГОСУДАРСТВЕННОЙ СОБСТВЕННОСТИ	
Доходы от размещения временно свободных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования	100
Доходы от сдачи в аренду имущества, находящегося в оперативном управлении Федерального фонда обязательного медицинского страхования	100
Прочие поступления от использования имущества, находящегося в оперативном управлении Федерального фонда обязательного медицинского страхования	100
В ЧАСТИ ДОХОДОВ ОТ ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ УСЛУГ И КОМПЕНСАЦИИ ЗАТРАТ ГОСУДАРСТВА	
Доходы, поступающие в порядке возмещения расходов, понесенных в связи с эксплуатацией федерального имущества, закрепленного на праве оперативного управления за Федеральным фондом обязательного медицинского страхования	100
Прочие доходы от компенсации затрат бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	100

Наименование	Бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования
В ЧАСТИ ДОХОДОВ ОТ ПРОДАЖИ МАТЕРИАЛЬНЫХ И НЕМАТЕРИАЛЬНЫХ АКТИВОВ	
Доходы от реализации имущества, находящегося в оперативном управлении Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в части реализации основных средств по указанному имуществу)	100
Доходы от продажи нематериальных активов, находящихся в федеральной собственности, закрепленных за Федеральным фондом обязательного медицинского страхования	100
Доходы от реализации имущества, находящегося в оперативном управлении Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в части реализации материальных запасов по указанному имуществу)	100
В ЧАСТИ ДОХОДОВ ОТ ШТРАФОВ, САНКЦИЙ, ВОЗМЕЩЕНИЯ УЩЕРБА	
Денежные взыскания (штрафы) и иные суммы, взыскиваемые с лиц, виновных в совершении преступлений, и в возмещение ущерба имуществу, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	100
Денежные взыскания (штрафы) за нарушение законодательства Российской Федерации о государственных внебюджетных фондах и о конкретных видах обязательного социального страхования, бюджетного законодательства (в части бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования)	100
Доходы от возмещения ущерба при возникновении страховых случаев, когда выгодоприобретателями выступают получатели средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	100
Денежные взыскания, налагаемые в возмещение ущерба, причиненного в результате незаконного или нецелевого использования бюджетных средств (в части бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования)	100
Прочие поступления от денежных взысканий (штрафов) и иных сумм в возмещение ущерба, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	100
В ЧАСТИ ПРОЧИХ НЕНАЛОГОВЫХ ДОХОДОВ	
Невыясненные поступления, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	100
Прочие неналоговые поступления в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	100
В ЧАСТИ ДОХОДОВ БЮДЖЕТНОЙ СИСТЕМЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ ВОЗВРАТА ОСТАТКОВ СУБСИДИЙ, СУБВЕНЦИЙ И ИНЫХ МЕЖБЮДЖЕТНЫХ ТРАНСФЕРТОВ, ИМЕЮЩИХ ЦЕЛЕВОЕ НАЗНАЧЕНИЕ, ПРОШЛЫХ ЛЕТ	
Доходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования от возврата остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет	100
Возврат остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	100
Средства федерального бюджета, передаваемые бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования на компенсацию выпадающих доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование	100

УДК 614.2

Федеральный закон «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения»



Н.Н. Дворяшин

Н.Н. Дворяшин

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

Резюме

Федеральный закон «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» разработан в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Федеральным законом устанавливаются размер тарифа страхового взноса на обязательное меди-

цинское страхование неработающего населения, уплачиваемого органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Ключевые слова: тариф страхового взноса на ОМС неработающего населения, органы исполнительной власти субъектов РФ – страхователи неработающих граждан.

Abstract

Federal Law «About the volume and payments procedure of insurance premium rate for obligatory medical insurance of non-working population»

N.N. Dvoryashin

The Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance

Federal Law «About the volume and payments procedure of insurance premium rate for obligatory medical insurance of non-working population» is developed in accordance with the Federal Law dated November 29, 2010 No. 326-ФЗ «About obligatory medical insurance in the Russian Federation».

Federal Law fixes the volume of insurance premium rate

for obligatory medical insurance of non-working population that should be paid by the bodies of executive authority of the Russian Federation subjects.

Key words: insurance premium rate for the OMI of non-working population, bodies of executive authority of the Russian Federation subjects – insurer of non-working citizens.

Для корреспонденции:

Дворяшин Николай Николаевич – начальник Финансово-экономического управления ФОМС

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

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

Телефон: (495) 987-03-80 доб.1305. E-mail: ndvoryashin@ffoms.ru

Nikolay N. Dvoryashin – Head of the Financial Economic Department of the FOMI

The Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance

Address: 37, Ul. Novoslobodskaya, 127994, Moscow

Tel.: (495) 987-03-80 add.1305. E-mail: ndvoryashin@ffoms.ru

Федеральный закон «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» разработан в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Законом устанавливается размер тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения, уплачиваемого страхователями для неработающих граждан - органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченными высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации, в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Согласно части 7 статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ в 2012 году размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения не может быть менее фактического размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в 2010 году и 25 процентов (в 2012 году), 50 процентов (в 2013 году), 75 процентов (соответственно в 2014 году) разницы между размером страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, рассчитанным по тарифу, устанавливаемому федеральным законом, и фактическим размером страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в 2010 году. При определении объема страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в 2010 году в расчет принимаются страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения, направляемые на финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования, за исключением средств, направляемых на финансовое обеспечение видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования.

При этом в 2012 году объем страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения не может быть меньше установленного в программах модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации на 2011 - 2012 годы, сформированных в соответствии со статьей 50 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», за исключением средств, направляемых на финансовое обеспечение видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования.

Финансовое обеспечение расходов, указанных в пункте 2 части 3 статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», не

включается в размер тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения и осуществляется за счет платежей субъектов Российской Федерации на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования.



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН

от 30 ноября 2011 года № 354-ФЗ

МОСКВА

О РАЗМЕРЕ И ПОРЯДКЕ РАСЧЕТА ТАРИФА СТРАХОВОГО ВЗНОСА НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ НЕРАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ

*Принят Государственной Думой 22 ноября 2011 года
Одобен Советом Федерации 25 ноября 2011 года*

Статья 1. Размер тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения

Установить тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения в размере 18 864,6 рубля.

Статья 2. Порядок расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения

1. Тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения в субъекте Российской Федерации рассчитывается как произведение тарифа, установленного статьей 1 настоящего Федерального закона, коэффициента дифференциации согласно приложению к настоящему Федеральному закону и коэффициента удорожания стоимости медицинских услуг, ежегодно устанавливаемого федеральным законом о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на соответствующий финансовый год и плановый период.

2. Тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения учитывает финансовое обеспечение медицинской помощи, виды и условия оказания которой установлены базовой программой обязательного медицинского страхования.

Статья 3. Заключительные положения

1. В 2012 - 2014 годах размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в субъекте Российской Федерации определяется в порядке, установленном частью 7 статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». При этом в 2012 году размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения не может быть менее размера указанных страховых взносов, установленного региональными программами модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации на 2011 - 2012 годы, реализуемыми в соответствии со статьей 50 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», без учета средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской помощи, виды и условия оказания которой не установлены базовой программой обязательного медицинского страхования.

2. В 2012 году финансовое обеспечение расходов, указанных в пункте 2 части 3 статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», не включается в расчет тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения и осуществляется за счет платежей субъектов Российской Федерации на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования.

3. При определении размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения к тарифу страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения, установленному статьей 1 настоящего Федерального закона, применяются следующие коэффициенты: в 2012 году - 0,7913, в 2013 - 2014 годах - 0,9000.

4. Расчет тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения в городе Байконуре осуществляется в порядке, аналогичном порядку расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения в субъекте Российской Федерации, установленному статьей 2 настоящего Федерального закона, с учетом особенностей, установленных настоящей статьей.

Статья 4. Вступление в силу настоящего Федерального закона

1. Настоящий Федеральный закон вступает в силу со дня его официального опубликования.

2. Действие настоящего Федерального закона распространяется на правоотношения, возникающие в процессе составления и исполнения бюджетов субъектов Российской Федерации, города Байконура, Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования на 2012 год и последующие годы.

Президент
Российской Федерации
Д.МЕДВЕДЕВ

Москва, Кремль
30 ноября 2011 года
N 354-ФЗ

Приложение
к Федеральному закону
«О размере и порядке расчета
тарифа страхового взноса
на обязательное медицинское
страхование неработающего населения»

ЗНАЧЕНИЕ КОЭФФИЦИЕНТА ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ДЛЯ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ГОРОДА БАЙКОНУРА

Наименование	Значение коэффициента
Республика Дагестан	0,3362
Республика Ингушетия	0,3333
Кабардино-Балкарская Республика	0,3333
Республика Калмыкия	0,3566
Карачаево-Черкесская Республика	0,3333
Республика Карелия	0,5845
Республика Коми	0,6297
Республика Марий Эл	0,3333

Наименование	Значение коэффициента
Республика Мордовия	0,3333
Республика Саха (Якутия)	0,7628
Республика Северная Осетия - Алания	0,3423
Республика Татарстан (Татарстан)	0,3333
Республика Тыва	0,6410
Удмуртская Республика	0,3833
Республика Хакасия	0,5333
Чеченская Республика	0,3333
Чувашская Республика - Чувашия	0,3333
Алтайский край	0,4036
Забайкальский край	0,5062
Камчатский край	0,8043
Краснодарский край	0,3333
Красноярский край	0,5508
Пермский край	0,3861
Приморский край	0,5105
Ставропольский край	0,3347
Хабаровский край	0,5457
Амурская область	0,5323
Архангельская область	0,6060
Астраханская область	0,3333
Белгородская область	0,3333
Брянская область	0,3333
Владимирская область	0,3333
Волгоградская область	0,3333
Вологодская область	0,3919
Воронежская область	0,3333
Ивановская область	0,3333
Иркутская область	0,5248
Калининградская область	0,3333
Калужская область	0,3333
Кемеровская область	0,4333
Кировская область	0,3636
Костромская область	0,3333
Курганская область	0,3833
Курская область	0,3333
Ленинградская область	0,3333
Липецкая область	0,3333
Магаданская область	0,8344
Московская область	0,3333
Мурманская область	0,7341
Нижегородская область	0,3378
Новгородская область	0,3333
Новосибирская область	0,4000
Омская область	0,3833
Оренбургская область	0,3833
Орловская область	0,3333

Наименование	Значение коэффициента
Пензенская область	0,3409
Псковская область	0,3333
Ростовская область	0,3346
Рязанская область	0,3333
Самарская область	0,3333
Саратовская область	0,3337
Сахалинская область	0,6582
Свердловская область	0,3898
Смоленская область	0,3333
Тамбовская область	0,3333
Тверская область	0,3333
Томская область	0,5224
Тульская область	0,3333
Тюменская область	0,3833
Ульяновская область	0,3333
Челябинская область	0,3833
Ярославская область	0,3333
Город Москва	0,3333
Город Санкт-Петербург	0,3333
Еврейская автономная область	0,5197
Ненецкий автономный округ	0,7667
Ханты-Мансийский автономный округ - Югра	0,6653
Чукотский автономный округ	1,0000
Ямало-Ненецкий автономный округ	0,7667
Город Байконур	0,4667

Примечание. Значение коэффициента дифференциации рассчитывается по формуле:

$$K_{\text{диф}(i)} = \frac{K_{p(i)}}{3}, \text{ где}$$

$K_{\text{диф}(i)}$ - коэффициент дифференциации для i -го субъекта Российской Федерации или города Байконура;

$K_{p(i)}$ - сумма средневзвешенного районного коэффициента к заработной плате и средневзвешенной процентной надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории i -го субъекта Российской Федерации или города Байконура законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законодательными и иными нормативными правовыми актами Союза ССР; 3 - максимальное значение суммы средневзвешенного районного коэффициента к заработной плате и средневзвешенной процентной надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории субъекта Российской Федерации или города Байконура законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законодательными и иными нормативными правовыми актами Союза ССР.

УДК 614.2

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



О.В. Царева

О.В. Царева

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

Резюме

Федеральным законом «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» определено создание единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения как одно из целей внедрения современных информационных систем в здравоохранение. Территориальные фонды обязательного медицинского страхования наделяются полномочиями по контролю за реализацией отдельных мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, в том числе за использованием средств, предусмотренных на их финансовое обеспечение. С 2012 года в мероприяти-

ях по модернизации здравоохранения будут участвовать учреждения, подведомственные Российской академии медицинских наук. Внесены дополнения, определяющие механизм обеспечения в 2012 году единовременных компенсационных выплат молодым врачам, переехавшим на работу в сельский населенный пункт.

Ключевые слова: единая государственная информационная система в сфере здравоохранения, региональные программы модернизации здравоохранения, единовременные компенсационные выплаты молодым врачам.

Abstract

Federal Law «About introduction of changes into the Federal Law « About obligatory medical insurance in the Russian Federation»

O.V. Tsaryova

The Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance

It is determined by the Federal Law «About introduction of changes into the Federal Law « About obligatory medical insurance in the Russian Federation» the creation of a united state information system in the sphere of public health as one of the purposed for introduction of contemporary information systems into public health. Territorial Foundations of Obligatory Medical Insurance are invested with authority in control for realization of single arrangements of regional programs for public health modernization of Russian Federation subjects including for funds application envisaged for their financial security. Since

2012 institutions within the jurisdiction of the Russian Academy for Medical Sciences will participate in arrangements for public health modernization. There were introduced additions in 2012, which determine mechanism of provision of compensatory payments for young physicians which moved to work in rural area..

Key words: united state information system in the sphere of public health, regional programs of public health modernization, granted only ones compensatory payments for young physicians

Для корреспонденции:

Царева Ольга Владимировна – начальник управления модернизации системы ОМС ФОМС

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

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

Телефон: (499) 973-49-18 доб.1101. E-mail: otsareva@ffoms.ru

Olga V. Tsaryova – Head of the Department for Modernization of the OMI system of the FOMI

The Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance

Address: 137, Ul. Novoslobodskaya, 127994, Moscow

Телефон: (499) 973-49-18 add. 1101. E-mail: otsareva@ffoms.ru

Федеральным законом «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» вносятся изменения 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 гг.

В целях реализации региональных программ модернизации здравоохранения в части внедрения современных информационных систем в здравоохранение в соответствии с Концепцией создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, одобренной Правительственной комиссией по внедрению информационных технологий в деятельность государственных органов и органов местного самоуправления 12 апреля 2011 г. (протокол № 5) и утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 28 апреля 2011 г. № 364, определено создание единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения как одно из целей внедрения современных информационных систем в здравоохранение, а также установлен порядок организации работ и финансовое обеспечение мероприятий по созданию такой системы.

Уточнен механизм осуществления взаиморасчетов при экстерриториальном оказании медицинской помощи застрахованным лицам с учетом затрат на внедрение стандартов медицинской помощи.

Разрешается расходование остатков средств на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, образовавшихся в бюджетах субъектов Российской Федерации и бюджетах территориальных фондов обязательного медицинского страхования в результате их неполного использования в 2011 - 2012 годах.

Территориальные фонды обязательного медицинского страхования наделяются полномочиями по контролю за реализацией отдельных мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, в том числе за использованием средств, предусмотренных на их финансовое обеспечение.

С 2012 года в мероприятиях по модернизации здравоохранения, наряду с федеральными государственными учреждениями, будут участвовать учреждения, подведомственные Российской академии медицинских наук.

Внесены дополнения, определяющие механизм обеспечения в 2012 году единовременных компенсационных выплат молодым врачам, переехавшим на работу в сельский населенный пункт, в размере 1 млн. рублей на одного врача. На указанные выплаты в 2012 году планируется направить до 11 млрд. рублей, предусмотренных в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Средства бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования будут предоставляться субъектам Российской Федерации при условии соучастия органов государственной власти регионов в обеспечении дополнительных мер социальной поддержки медицинским работникам сельской местности, таких как предоставление жилья или земельного участка для жилищного строительства или компенсации части процентной ставки по кредитам, предоставляемым на приобретение жилья, или иных мер социальной поддержки.

Единственное обязательное условие для переехавших в село молодых врачей – это проработать на месте 5 лет. Потратить полученные деньги врачи смогут на своё усмотрение: приобретение и обустройство жилья, решения иных бытовых проблем, связанных с работой и жизнью в сельской местности. Доход от единовременных компенсационных выплат не будет облагаться налогом - соответствующие поправки уже внесены в Налоговый кодекс Российской Федерации.



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН

от 30 ноября 2011 года № 369-ФЗ

МОСКВА

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН «ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

*Принят Государственной Думой 22 ноября 2011 года
Одобен Советом Федерации 25 ноября 2011 года*

Статья 1

Внести в Федеральный закон от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2011, N 25, ст. 3529) следующие изменения:

- 1) пункт 2 статьи 10 после слова «адвокаты» дополнить словами «, арбитражные управляющие»;
- 2) пункт 2 части 1 статьи 11 дополнить словами «, арбитражные управляющие»;
- 3) часть 6 статьи 26 после слов «Размер средств нормированного страхового запаса территориального фонда» дополнить словами «(без учета средств для осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования)»;
- 4) часть 8 статьи 33 дополнить пунктом 6.1 следующего содержания:
«6.1) утверждает формы заявлений, реестров счетов, актов, иных документов, указанных в нормативных правовых актах, предусмотренных настоящим Федеральным законом, и порядки их заполнения, если иное не установлено настоящим Федеральным законом»;
- 5) в статье 34:
 - а) часть 6 дополнить предложением следующего содержания: «Положение о территориальном фонде утверждается высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации.»;
 - б) часть 8 после слов «с даты представления счета» дополнить словами «(реестра счетов)», после слов «с даты получения счета» дополнить словами «(реестра счетов)»;
- 6) в статье 39:
 - а) пункт 2 части 4 после слов «представление счетов» дополнить словами «(реестра счетов)»;
 - б) часть 9 после слов «медицинская организация уплачивает» дополнить словами «в бюджет территориального фонда», после слов «штраф в размере» дополнить словами «10 процентов от», после слов «использования указанных средств» дополнить словами «за каждый день просрочки»;
- 7) статью 40 дополнить частью 7.1 следующего содержания:
«7.1. Территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи содержит сведения об экспертах качества медицинской помощи, в том числе фамилию, имя, отчество, специальность, стаж работы по специальности, и иные сведения, предусмотренные порядком ведения территориального реестра экспертов качества медицинской помощи. Порядок ведения территориального реестра экспертов качества медицинской помощи территориальным фондом, в том числе раз-

мещение указанного реестра на официальном сайте территориального фонда в сети «Интернет», устанавливается Федеральным фондом.»;

8) в статье 50:

а) наименование после слова «Программы» дополнить словами «и мероприятия по»;

б) в части 1 слова «и программ модернизации федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь (далее также - программы модернизации здравоохранения)» заменить словами «(далее также - программы) и мероприятий по модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, государственных учреждений, реализующих мероприятия, предусмотренные пунктом 2 части 3 настоящей статьи (далее также - мероприятия по модернизации здравоохранения)»;

в) пункт 2 части 3 после слов «в целях» дополнить словами «создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.»;

г) в части 6:

в пункте 1 слова «для последующего использования государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения, участвующими» заменить словами «для нужд государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, участвующих»;

пункт 2 дополнить словами «, за исключением случаев, установленных частью 6.1 настоящей статьи»;

д) дополнить частью 6.1 следующего содержания:

«6.1. Средства, указанные в части 6 настоящей статьи, предоставляются из бюджетов территориальных фондов по месту оказания медицинской помощи медицинским организациям на цели, установленные пунктом 3 части 3 настоящей статьи, в случае оказания ими медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, для осуществления расчетов за медицинскую помощь в порядке, аналогичном порядку, установленному частью 8 статьи 34 настоящего Федерального закона.»;

е) часть 10 изложить в следующей редакции:

«10. Остатки средств на 1 января 2012 года, образовавшиеся в бюджетах территориальных фондов (бюджетах субъектов Российской Федерации) в результате неполного использования в 2011 году средств, предоставленных из бюджета Федерального фонда (бюджетов территориальных фондов) на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, могут быть использованы в очередном финансовом году на цели, указанные в части 3 настоящей статьи, при наличии потребности в указанных средствах в соответствии с решением Федерального фонда. Остатки средств на 1 января 2013 года, образовавшиеся в бюджетах территориальных фондов (бюджетах субъектов Российской Федерации) в результате неполного использования в 2012 году средств, предоставленных из бюджета Федерального фонда (бюджетов территориальных фондов) на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, могут быть использованы в очередном финансовом году на цели, указанные в части 3 настоящей статьи, при наличии потребности в указанных средствах в соответствии с решением Федерального фонда.»;

ж) в части 11 в первом предложении после слов «Российской Федерации» дополнить словами «и программ модернизации федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь», слова «на те же цели в 2012 году» заменить словами «в 2012 году на финансовое обеспечение программ и мероприятий по модернизации здравоохранения», во втором предложении слова «региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации» заменить словами «программ и мероприятий по модернизации здравоохранения»;

Подпункт «з» пункта 8 данной статьи вступает в силу с 1 января 2012 года (часть 2 статьи 2 данного документа) .

з) часть 12 изложить в следующей редакции:

«12. Государственные учреждения, оказывающие медицинскую помощь, полномочия собственника которых осуществляют федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, подведомственные ему федеральные органы исполнительной власти и Российская академия медицинских наук, разрабатывают мероприятия по модернизации здравоохранения в целях, установленных пунктами 1 и 2 части 3 настоящей статьи. Государственные учреждения, реализующие мероприятия, предусмотренные пунктом 2 части 3 настоящей статьи, полномочия собственника которых осуществляет федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, разрабатывают мероприятия по модернизации здравоохранения в целях, установленных пунктом 2 части 3 настоящей статьи. Финансовое обеспечение реализации мероприятий по модернизации здравоохранения осуществляется путем направления из бюджета Федерального фонда в федеральный бюджет межбюджетных трансфертов для увеличения бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете на очередной финансовый год и плановый период федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, подведомственным ему федеральным органам

исполнительной власти и Российской академии медицинских наук для предоставления бюджетных ассигнований подведомственным им государственным учреждениям, оказывающим медицинскую помощь, и государственным учреждениям, реализующим мероприятия, предусмотренные пунктом 2 части 3 настоящей статьи.»;

и) дополнить частью 12.1 следующего содержания:

«12.1. Федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, обеспечивает создание федерального центра обработки данных, а также создание временной площадки федерального центра обработки данных (в том числе обеспечение информационной безопасности, разработки и размещения на временной площадке федерального центра обработки данных основных централизованных общесистемных компонентов), создание и внедрение федеральных прикладных компонентов единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения в целях, установленных пунктом 2 части 3 настоящей статьи. Финансовое обеспечение предусмотренных настоящей частью мероприятий осуществляется путем направления из бюджета Федерального фонда в федеральный бюджет межбюджетных трансфертов для увеличения бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете на очередной финансовый год и плановый период федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.»;

к) в части 13 слова «мероприятий программ» заменить словами «программ и мероприятий по», слова «в частях 1 и 12» заменить словами «в частях 1, 12 и 12.1»;

л) часть 14 после слов «обеспечение программ» дополнить словами «и мероприятий по», дополнить предложением следующего содержания: «Контроль за использованием средств, предоставленных на цели, установленные пунктом 3 части 3 настоящей статьи, осуществляется также территориальными фондами.»;

м) в части 15 слова «мероприятий программ» заменить словами «программ и мероприятий по», дополнить предложением следующего содержания: «Контроль за реализацией мероприятий в соответствии с целями, установленными пунктом 3 части 3 настоящей статьи, осуществляется также территориальными фондами.»;

9) в статье 51:

а) пункт 1 части 7 дополнить словами «, если иное не установлено федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и плановый период»;

б) дополнить частью 12.1 следующего содержания:

«12.1. В 2012 году осуществляются единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2011 - 2012 годах после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населенный пункт или переехавшим на работу в сельский населенный пункт из другого населенного пункта и заключившим с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации договор, предусмотренный пунктом 3 части 12.2 настоящей статьи (далее - договор). В целях осуществления единовременных компенсационных выплат в 2012 году из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов предоставляются иные межбюджетные трансферты из расчета один миллион рублей на одного указанного медицинского работника.»;

в) дополнить частью 12.2 следующего содержания:

«12.2. Иные межбюджетные трансферты, предусмотренные частью 12.1 настоящей статьи, предоставляются из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов для последующего их перечисления в течение трех рабочих дней в бюджеты субъектов Российской Федерации при условии принятия высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации нормативных правовых актов, предусматривающих:

1) предоставление медицинским работникам (в том числе указанным в части 12.1 настоящей статьи), имеющим высшее медицинское образование или среднее медицинское образование, работающим в сельском населенном пункте и (или) переехавшим на работу в сельский населенный пункт из другого населенного пункта, жилого помещения, и (или) земельного участка для жилищного строительства, и (или) компенсации части процентной ставки по кредитам, предоставляемым на приобретение жилья, и (или) иных мер социальной поддержки;

2) установление обязанности уполномоченного органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации и территориального фонда в срок до 15-го числа месяца, предшествующего месяцу, в котором осуществляются единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в соответствии с частью 12.1 настоящей статьи, представить в Федеральный фонд заявки на получение иных межбюджетных трансфертов, предусмотренных частью 12.1 настоящей статьи, по форме, установленной Федеральным фондом;

3) установление обязанности уполномоченного органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации заключить в порядке, определенном высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, с медицинским работником, указанным в части 12.1 настоящей статьи, после заключения им трудового договора с государственным учреждением здравоохранения субъекта Российской Федерации либо с муниципальным учреждением здравоохранения договор, предусматривающий:

а) обязанность медицинского работника работать в течение пяти лет по основному месту работы на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории работников, в со-

ответствии с трудовым договором, заключенным медицинским работником с государственным учреждением здравоохранения субъекта Российской Федерации или муниципальным учреждением здравоохранения;

б) порядок предоставления медицинскому работнику единовременной компенсационной выплаты в размере одного миллиона рублей в течение 30 дней со дня заключения договора с органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации;

в) возврат медицинским работником в бюджет субъекта Российской Федерации части единовременной компенсационной выплаты в случае прекращения трудового договора с учреждением, указанным в подпункте «а» настоящего пункта, до истечения пятилетнего срока (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77, пунктами 1, 2 и 4 части первой статьи 81, пунктами 1, 2, 5, 6 и 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации), рассчитанной с даты прекращения трудового договора, пропорционально неотработанному медицинским работником периоду;

г) ответственность медицинского работника за неисполнение обязанностей, предусмотренных договором с органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, в том числе по возврату единовременной компенсационной выплаты в случаях, указанных в подпункте «в» настоящего пункта.»;

г) дополнить частью 12.3 следующего содержания:

«12.3. Средства, поступившие в бюджет субъекта Российской Федерации от возврата части единовременной компенсационной выплаты в соответствии с подпунктом «в» пункта 3 части 12.2 настоящей статьи, подлежат возврату в течение трех рабочих дней в бюджет территориального фонда для последующего перечисления в течение трех рабочих дней в бюджет Федерального фонда.»;

д) дополнить частью 12.4 следующего содержания:

«12.4. Предоставление иных межбюджетных трансфертов, предусмотренных частью 12.1 настоящей статьи, из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов осуществляется в соответствии с заявками территориальных фондов в пределах бюджетных ассигнований, утвержденных Правительством Российской Федерации, при условии предоставления отчетности по форме и в порядке, которые установлены Федеральным фондом.»;

е) дополнить частью 12.5 следующего содержания:

«12.5. Контроль за использованием средств, предусмотренных на финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам, осуществляется Федеральным фондом, территориальными фондами, федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в финансово-бюджетной сфере, Счетной палатой Российской Федерации.»;

ж) дополнить частью 15 следующего содержания:

«15. В 2011 году правила обязательного медицинского страхования утверждаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.»;

з) дополнить частью 16 следующего содержания:

«16. В субъектах Российской Федерации, в которых в 2010 году структура тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования включала в себя расходы на приобретение оборудования, в 2011 - 2012 годах в структуру тарифа на оплату медицинской помощи могут включаться расходы на приобретение оборудования стоимостью более ста тысяч рублей за единицу, при этом предельная стоимость оборудования, расходы на приобретение которого могут включаться в структуру тарифа на оплату медицинской помощи, определяется соглашением, предусмотренным частью 2 статьи 30 настоящего Федерального закона.».

Статья 2

1. Настоящий Федеральный закон вступает в силу со дня его официального опубликования, за исключением подпункта «з» пункта 8 статьи 1 настоящего Федерального закона.

2. Подпункт «з» пункта 8 статьи 1 настоящего Федерального закона вступает в силу с 1 января 2012 года.

3. Положения части 6 статьи 26, части 6.1 статьи 50, частей 15 и 16 статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в редакции настоящего Федерального закона) распространяются на правоотношения, возникшие с 1 января 2011 года.

Президент
Российской Федерации
Д.МЕДВЕДЕВ

Москва, Кремль
30 ноября 2011 года
N 369-ФЗ

УДК 614.2

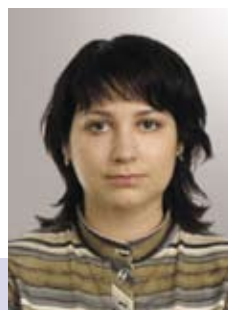
Развитие добровольного медицинского страхования: позиция работодателей

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

Данная статья продолжает публикацию 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. Полученные результаты свидетельствуют, что 38% опрошенных предприятий и организаций заключали договора добровольного медицинского страхования и 10% имели прямые договора с медицинскими учреждениями. Несмотря на последствия экономического кризиса, в 2010 году лишь незначительная часть работодателей сократила расходы на договора предоставления дополнительной медицинской помощи

своим работникам, либо сократила охват работников этими договорами. Подавляющее большинство работодателей видят позитивные результаты от вложения собственных средств в оказание дополнительной медицинской помощи своим работникам. В большинстве случаев при заключении договоров по добровольному медицинскому страхованию работодатели охватывают всех работников и полностью оплачивают полисы. При этом, чем выше уровень профессионального риска работы на предприятии, тем большую финансовую ответственность работодатель возлагает на самих работников.

Ключевые слова: работодатели, добровольное медицинское страхование, страховщики.

Abstract

Development of voluntary medical insurance: Position of employers

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

The National Research University "Higher Institute of Economy"

This article continues the publication of results in study of employers' relation to the health protection of their employees that was performed by the National Research University at the Higher School of Economics. An Information basis of the study included the data of sociologic questioning performed in 2010 for directors of big and medium enterprises and organizations of various economy branches. The obtained results are evidence of the fact that 38% of questioned enterprises and organizations entered into contracts of voluntary medical insurance and 10% had direct agreements with medical institutions. In spite of economic crisis consequences only an insignificant part of employers reduced expenses for agree-

ments of additional medical aid provision for their employees in 2010, or decreased a scope of employees by these agreements. The overwhelming majority of employers saw positive results in investments of own funds into additional medical aid for their employees. In a majority of cases the employers embraced all employees in agreements of voluntary medical insurance and completely paid policies. Therein the employer placed the greater financial responsibility on employees themselves the higher the level of professional risk of work is at the enterprise.

Key words: employers, voluntary medical insurance, insurer.

Данная публикация является продолжением описания результатов изучения мнений работодателей по вопросам охраны здоровья их работников и развития медицинского страхования, которое провел Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» в рамках своей программы фундаментальных исследований. Социологический опрос работодателей был проведен в июле-августе 2010 года АНО «ИИЦ Статистика России» по заказу НИУ ВШЭ.

Распространенность практик участия работодателей в добровольном медицинском страховании

В 2010 году, немногим более трети (38%) крупных и средних предприятий имели договоры добровольного медицинского страхования (ДМС), 10% предприятий имели прямые договоры с медицинскими организациями, 6% - и то, и другое. При этом распространенность таких договоров (как по ДМС, так и прямых договоров с ЛПУ) была выше на крупных предприятиях. Если среди средних предприятий такие договоры заключались в 33% случаев, то на крупных предприятиях уже в 48% случаев (Таблица 1)

Таблица 1.
Наличие договоров на оказание дополнительной медицинской помощи работникам крупных и средних предприятий (% от опрошенных)

	В целом по выборке	Размер предприятия	
		101 – 250 человек	251 человек и выше
Имеют договоры по ДМС или с ЛПУ	42%	33%	48%
в том числе			
Договоры ДМС	38%	28%	44%
Прямые договоры с ЛПУ	10%	6%	11%

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

Распространенность практик финансирования оказания дополнительной медицинской помощи работникам существенно различается для предприятий разных отраслей. В сферах финансовой деятельности и в добывающих отраслях доля таких предприятий почти в два раза выше, чем в обрабатывающем производстве и торговле (Таблица 2). По всей видимости, это обусловливается различиями в уровне доходов в этих сферах.

Почему работодатели заключают договоры на оказание дополнительной медицинской помощи работникам

По мнению большинства руководителей предприятий, имеющих договоры на оказание дополнительной медицинской помощи своим сотрудникам, наличие этих договоров способствует повышению трудовой мотивации сотрудников. Значительная часть работодателей отмечает и значимость таких положительных эффектов, как сокращение пропуска рабочего времени по болезни и сокращение текучести кадров (Рисунок 1). Вместе с тем 16% респондентов ответили, что наличие договоров на оказание дополнительной медицинской помощи ничего не дает предприятию.

На какие категории работников распространяются договоры дополнительного медицинского обслуживания

В абсолютном большинстве предприятий (89%), заключивших договоры ДМС или с медицинскими учреждениями, они распространяются на всех работающих на предприятии. В 14% случаев договоры предусматривают оказание помощи лишь руководящему составу организации. Крайне редко в состав обслуживаемых по договорам включаются члены семей работников (Рисунок 2).

В большинстве случаев (64%) состав программ ДМС не ограничивается амбулаторной помощью, но предусматривает и стационарное лечение.

Влияние экономического кризиса

Несмотря на последствия экономического кризиса, в 2010 году по сравнению с предыдущим годом более по-

Таблица 2.
Наличие договоров на оказание дополнительной медицинской помощи работникам предприятий разных отраслей (% от опрошенных)

	Отрасль			
	Обрабатывающее производство	Торговля	Финансовая деятельность	Добыча и производство и распределение электроэнергии, газа, воды
Имеют договоры по ДМС или с ЛПУ	35%	32%	61%	59%
в том числе				
Договоры ДМС	28%	29%	58%	56%
Прямые договоры с ЛПУ	12%	3%	6%	10%

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

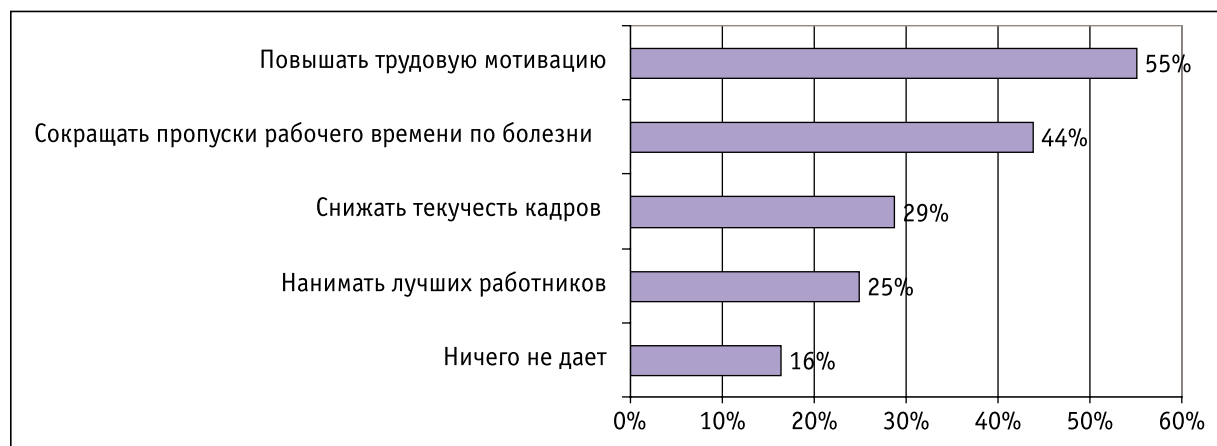


Рисунок 1. Распределение ответов на вопрос: «Как Вы считаете, помогает ли наличие упомянутых выше договоров Вашей организации решать кадровые вопросы?» (% от имеющих договоры). Примечание: можно было выбирать несколько вариантов ответов
Источник: данные опроса руководителей предприятий и организаций, проведенного АНО «ИИЦ «Статистика России» по заказу НИУ ВШЭ (2010 г.)

ловины предприятий, имеющих договоры на предоставление дополнительной медицинской помощи, не сокращали охват ими своих работников, а 37% работодателей даже расширили его (Рисунок 3). Лишь 10% ответили, что количество работников на их предприятиях, охваченных программами ДМС или прикрепленных к определенным медицинским учреждениям, сократилось. При этом наблюдалась прямая зависимость – чем более опасные условия труда на предприятии, тем большее число предприятий сокращало охват работающих программами дополнительной медицинской помощи. Так, если по группе предприятий с минимальным уровнем профессионального риска для здоровья число сокративших охват работающих составило 9%, то среди предприятий с максимальным уровнем риска таких предприятий было уже 20% (Таблица 3).

В 2010 году по сравнению с предыдущим годом расходы работодателей на оплату договоров ДМС практически не сокращались. По ответам респондентов, 55% предприятий увеличили свои расходы, 36% предприятий сохранили их на уровне 2009 года и лишь 9% предприятий сократили свои расходы на эти цели (Рисунок 4).

Ни один из опрошенных руководителей, имевших программы ДМС для своих работников, не высказал желания от них отказаться. Большинство таких предприятий (62%) планировало в 2011 г. либо сохранить существовавший в 2010 году уровень охвата работников программами ДМС (41%), либо расширить его (21%). Половина опрошенных руководителей планировали оставить без изменений состав программы ДМС (виды оказываемой помощи), а некоторые предприятия (9%) – даже расширить его.

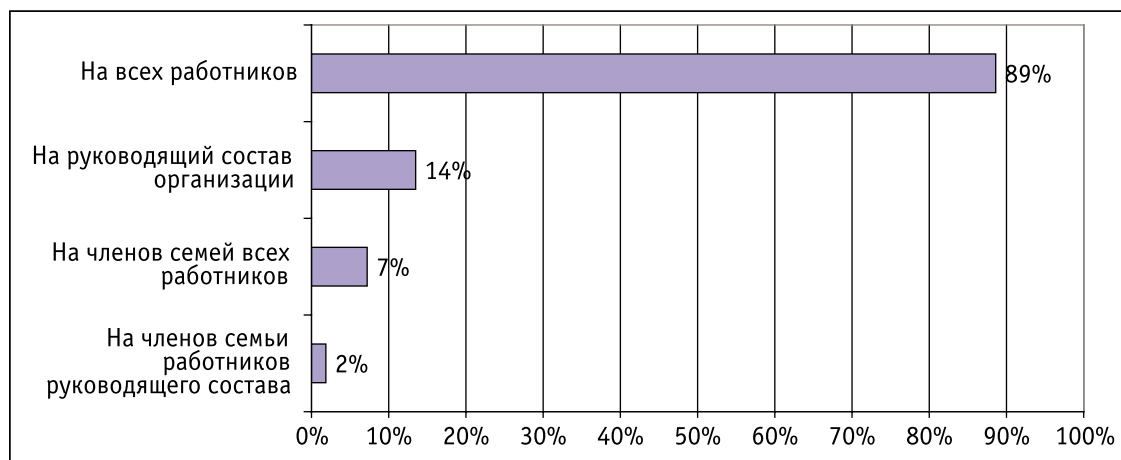


Рисунок 2. Категории, включаемые в договоры работодателей на оказание дополнительной медицинской помощи (% от имеющих договоры) Источник: данные опроса руководителей предприятий и организаций, проведенного АНО «ИИЦ «Статистика России» по заказу НИУ ВШЭ (2010 г.)

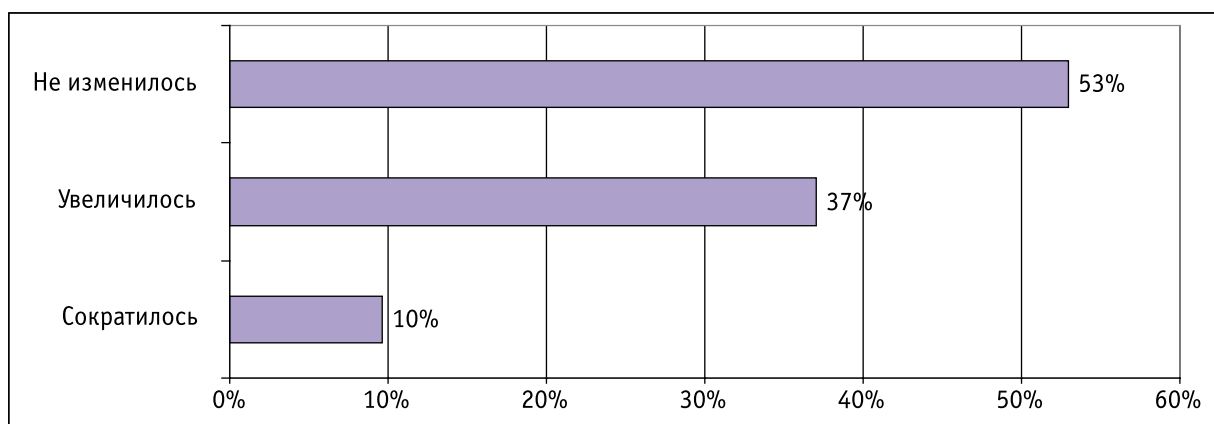


Рисунок 3. Изменения количества застрахованных по ДМС и/или прикрепленных к медицинским учреждениям, 2010 г. по сравнению 2009г. (% от имеющих договоры по ДМС или с медицинскими учреждениями)

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

Таблица 3. Изменение охвата работников программами ДМС или прямыми договорами с ЛПУ, 2010 г. по сравнению 2009 г. (% от имеющих договоры по ДМС или с медицинскими учреждениями)

	Всего по выборке	Уровень профессионального риска (по величине страхового тарифа)		
		Низкий (0,2-1,2%)	Средний (1,2-3,4%)	Высокий (3,4%-8,5%)
Сократилось	10%	9%	16%	20%
Не изменилось	53%	50%	70%	80%
Увеличилось	36%	41%	14%	0%

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

Участие работников в оплате полисов ДМС

В абсолютном большинстве случаев (79%) полисы ДМС оплачиваются полностью работодателями. При этом наблюдается ярко выраженная закономерность – при возрастании уровня профессионального риска на пред-

приятиях сокращается уровень участия предприятий в оплате полисов ДМС для работающих, а ответственность за оплату полисов смещается в большей степени в сторону самих работников. Этот факт является свидетельством того, что руководители предприятий с более вредными

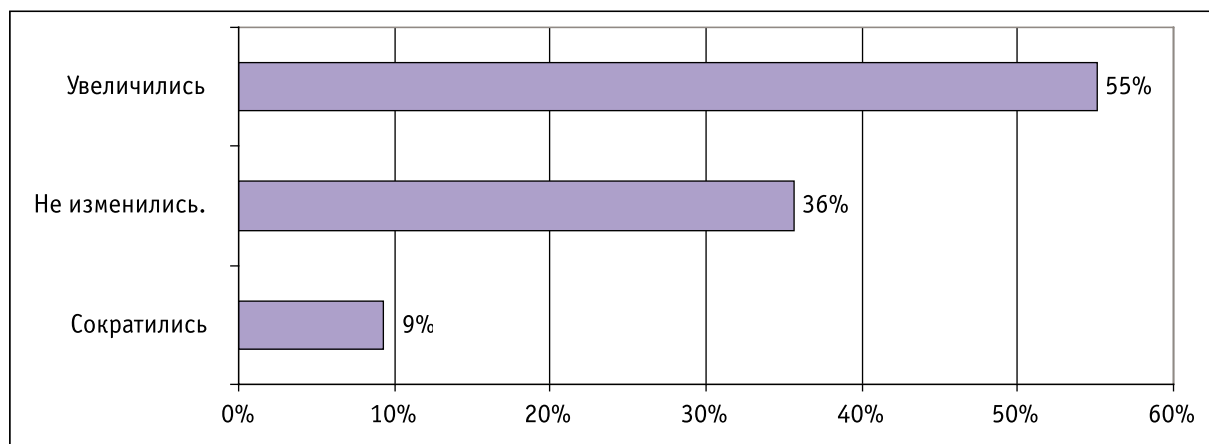


Рисунок 4. Изменения расходов на оплату полисов по ДМС, 2010 г. по сравнению 2009 г. (% от имеющих договоры по ДМС)

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

условиями труда в меньшей степени готовы брать на себя ответственность за состояние здоровья работников и тратить собственные средства на поддержание их здоровья. Возможно, это объясняется тем, что предприятия с вредными и опасными условиями труда платят по более высоким ставкам взносы в систему социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, и их руководители считают, что уже достаточно вкладывают в охрану здоровья работающих посредством уплаты повышенных размеров взносов.

Причины смены страховщика по ДМС и критерии выбора

Подавляющее большинство работодателей, имевших в 2010 году договоры по ДМС (78%), не меняли страховые медицинские организации (СМО). Соответственно 22% работодателей меняли страховщика по ДМС, работавших с ними. Но следует отметить, что это сравнительно высокая доля. В случае ДМС работодатели делали это гораздо чаще, чем в случае обязательного медицинского страхования. На момент проведения опроса лишь 4% предприятий взаимодействовали со страховщиком по ОМС менее года, и еще 4% - в течение года. Сравнение этих данных свидетельствует о том, что конкуренция между страховщиками по ДМС является достаточно сильной, в то время как по конкуренции страховщиков по ОМС, наоборот, слаба.

Среди тех работодателей, кто менял страховщика по ДМС, основными причинами отказа от его услуг являлись дороговизна предлагаемых полисов (39% среди поме-

нявших СМО), недостаточная защита интересов застрахованных при получении медицинской помощи (29%), низкий уровень контроля качества предоставляемой медицинской помощи (21%) (Рисунок 5).

По ответам респондентов, основными критериями при выборе СМО, работающей по ДМС, являются список медицинских учреждений, к которым осуществляется прикрепление (70% респондентов), цена страхования (68% респондентов) и широта программы страхования (67% респондентов) (Рисунок 6).

Закключение

Практика участия работодателей в дополнительном финансировании оказания медицинской помощи своим работникам широко распространена среди крупных и средних предприятий: она охватывала 42% предприятий, причем в энергодобывающих отраслях и финансовой сфере она встречается вдвое чаще, чем среди предприятий обрабатывающей промышленности и торговли.

Добровольное медицинское страхование рассматривается работодателями как наиболее предпочтительная форма инвестиций в здоровье работников. Прямые договоры с медицинскими учреждениями использовались почти в 4 раза реже.

Приверженность работодателей к таким формам инвестиций в человеческий капитал своих сотрудников оказалась весьма значительной: несмотря на последствия экономического кризиса, в 2010 году по сравнению с предыдущим годом лишь 9% предприятий, имевших договоры на предоставление дополнительной медицинской помощи, сократили затраты на эти цели, а 10% -



Рисунок 5. Причины смены страховщика по добровольному медицинскому страхованию (% от имеющих договор по ДМС и менявших страховщика в течение 2010 г.) 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.)



Рисунок 6. Критерии выбора страховщика по ДМС (% от менявших СМО в течение 2010 г.)

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.)

уменьшили количество застрахованных охват ими своих работников. Пятая часть работодателей планировали в следующем году расширить охват своих работников по договорам на оказание дополнительной медицинской помощи.

Подавляющее большинство таких работодателей видят позитивные результаты от своих расходов на эти цели. Несколько настораживает ощутимая доля (16%) тех, кто считает, что наличие договоров на оказание дополнительной медицинской помощи ничего не дает предприятию. Но при этом ни один из опрошенных руководи-

телей, имевших программы ДМС для своих работников, не высказал желания от них полностью отказаться.

Организация ДМС на предприятиях является достаточно демократичной, но патерналистской. Если предприятия страхуют по ДМС, то, как правило, всех работников, и в 89% случаев работодатель полностью оплачивает полисы ДМС. Но чем выше уровень профессионального риска работы на предприятии, и соответственно больше размеры обязательных страховых взносов, тем большую финансовую ответственность работодатель возлагает на самих работников.

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

Итоги выполнения в Саратовской области в 2010 году медико-экономических экспертиз по случаям диспансеризации работающих граждан и детей-сирот

В.П. Милосердов, Н.В. Мазина, И.С. Овчинникова
 Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Саратовской области



В.П. Милосердов
 директор территориального фонда
 обязательного медицинского страхования
 Саратовской области

Резюме

В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» в течение пяти с половиной лет, более 558 тысяч работающих граждан Саратовской области прошли дополнительную диспансеризацию, что составило 77% от общей численности работающего населения области.

Технология проведения медико-экономических экспертиз внедрена в 2009 году.

В результате проведения медико-экономических экспертиз число случаев, отклоненных от оплаты, сократилось с 1% от общего числа случаев, предъявленных к оплате в 2009 году, до 0,7% - в 2010 году.

Ключевые слова: диспансеризация, медико-экономическая экспертиза, дети-сироты

Abstract

Findings of medical economic examination execution in cases of prophylactic medical examination for working citizens and orphan children in the Saratov Region in 2010

V.P. Miloserdov, N.V. Mazina, I.S. Ovchinnikova

The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Saratov Region

Within the Priority National Project «Health» during five and a half years, more than 558 thousand working citizens of the Saratov Region underwent an additional prophylactic medical examination that was 77% of the overall quantity of working population in the region.

Technology of medical economic examinations is introduced in 2009.

As a result of the medical economic examinations the number of cases, which payments were declined, reduced from 1% of the total quantity of cases, which were presented for payment in 2009, to 0.7% - in 2010.

Key words: prophylactic medical examination, medical economic examination, orphan children.

Состояние здоровья граждан все чаще рассматривается в качестве надежного показателя экономического роста и представляет собой важнейший элемент национального богатства.

С 2006 года за счет средств федерального бюджета работающим гражданам предоставлена возможность пройти обследование и получить информацию о состоянии своего здоровья. Ежегодно перечень категорий работающих граждан, подлежащих дополнительной диспансеризации, расширяется. С 2008 года дополнительная диспансеризация стала выполняться в отношении работающих граждан в организациях любых форм соб-

ственности, т.е. стала доступной каждому работающему гражданину.

В Саратовской области в течение последних трех лет в мероприятиях по дополнительной диспансеризации работающих граждан участвует 67 муниципальных и государственных учреждений здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлинические виды медицинской помощи, расположенных во всех муниципальных образованиях области, что свидетельствует о высокой доступности данного типа медицинских услуг.

В 2010 году по инициативе Губернатора Саратовской области П.Л. Ипатова Министерством здравоохранения

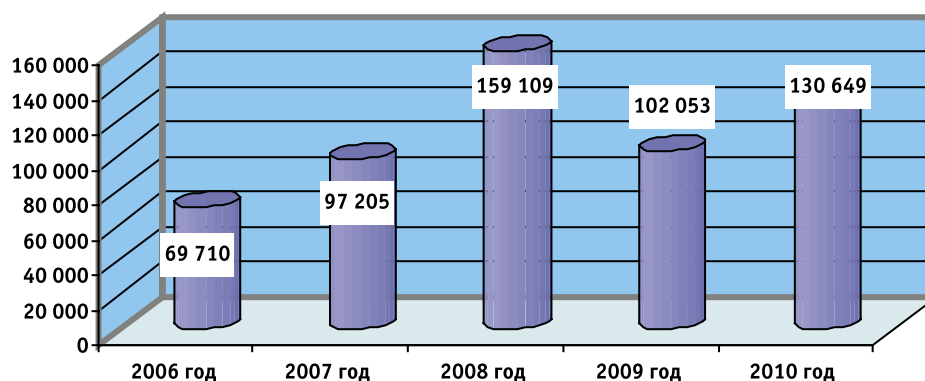


Рисунок 1. Динамика численности граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию в 2006-2010 гг., чел.

и социального развития Российской Федерации согласовано увеличение численности работающих граждан, подлежащих диспансеризации, со 65 тысяч до 130 тысяч человек, что составило 5% от численности проживающего населения и 18% от среднесписочной численности работающего населения по полному кругу организаций Саратовской области.

По численности граждан, в отношении которых выполнялась в 2010 году дополнительная диспансеризация, область заняла первое место среди субъектов Приволжского Федерального округа и четвертое среди субъектов Российской Федерации.

В течение пяти лет более 558 тысяч работающих граждан Саратовской области прошли дополнительную диспансеризацию, что составило 77% от общей численности работающего населения области (рисунок 1).

При заключении договоров с учреждениями здравоохранения на финансирование мероприятий по проведению дополнительной диспансеризации работающих граждан оценивались ресурсные возможности учреждений здравоохранения путем изучения представленных документов.

Из 67 учреждений здравоохранения, осуществляющих дополнительную диспансеризацию в 2010 году, 33 учреждения здравоохранения (49,3%) проводили диспансеризацию работающих граждан самостоятельно, 34 учреждения здравоохранения (50,7%) - с привлечением соответствующих медицинских работников в связи с отсутствием лицензии на медицинскую деятельность по отдельным видам работ (услуг) и/или отдельного оборудования, необходимых для проведения дополнительной диспансеризации в полном объеме (в 2008 году в 68% учреждениях здравоохранения отсутствовали условия, необходимые для проведения дополнительной диспансеризации в полном объеме, в 2009 году - в 62% случаев) (рисунок 2).

Вышеперечисленные данные позволяют сделать вывод о росте материально-технического ресурса учреждений здравоохранения и обеспеченности медицинским персоналом.

С целью проверки обоснованности предъявления к оплате случаев дополнительной диспансеризации территориальным фондом обязательного медицинского страхования были разработаны и утверждены инструкция «О порядке проведения медико-экономической экспертизы

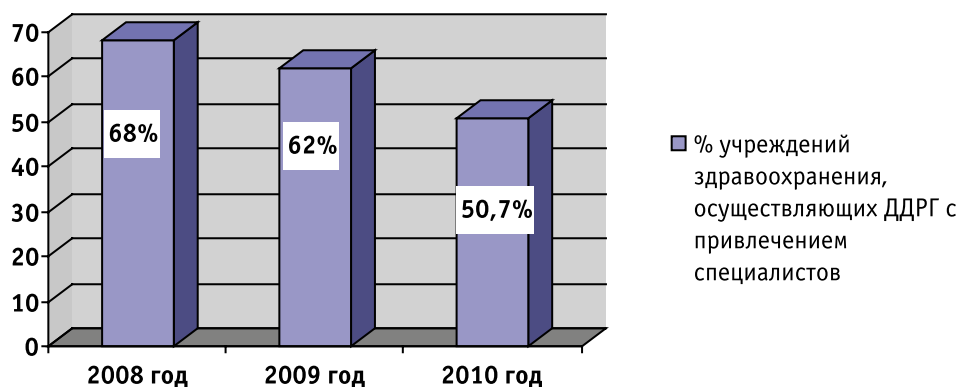


Рисунок 2. Учреждения здравоохранения, осуществляющие ДДРГ с привлечением специалистов в 2008-2010 гг., в %



Дополнительная диспансеризация работающих граждан проводится в МУЗ «Городская поликлиника № 2» КЗА МО «Город Саратов»

счетов на оплату проведенной дополнительной диспансеризации работающих граждан» и инструкция «О порядке проведения экспертизы первичной медицинской документации при медико-экономической экспертизе счетов на оплату проведенной дополнительной диспансеризации работающих граждан». Технология проведения медико-экономических экспертиз внедрена в 2009 году.

В соответствии с Инструкциями медико-экономическая экспертиза проводилась в два этапа.

Установка во всех учреждениях здравоохранения сертифицированных программных комплексов, обеспечивающих защиту передаваемой информации, позволило принимать электронные реестры счетов для проведения предварительного контроля.

В соответствии с нормативными документами [1,2], определяющими порядок и объем проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан, программный контроль проводился по следующим критериям:

- включения гражданина в регистр граждан, подлежащих дополнительной диспансеризации в текущем году;
- проведение в отношении конкретного работающего гражданина дополнительной диспансеризации в предыдущие годы;
- выполнения объема диспансеризации;
- соответствия объема выполненной диспансеризации возрастной группе и полу;
- соответствия срока действия лабораторных и функциональных исследований;
- соответствия даты завершения диспансеризации отчетному месяцу.

При установлении одного из вышеназванных нару-

шений результаты предварительного контроля в режиме on-line направлялись в учреждение здравоохранения для корректировки реестра счетов.

При наличии технических ошибок, связанных с неверным указанием реквизитов полиса ОМС, идентификационного номера налогоплательщика, кода причины постановления на налоговый учет организации, ошибки, по возможности, устранялись. Случаи, не подлежащие оплате по одной из указанных причин, из реестра исключались. Технические ошибки достигали 10%.

На втором этапе в 100 процентах случаев осуществлялось сопоставление сведений, отраженных в реестрах счетов и картах учета дополнительной диспансеризации работающего гражданина.

Изучение реестра счетов и карт дополнительной диспансеризации в ряде случаев требовало расширения медико-экономической экспертизы в части экспертизы других первичных учетно-отчетных документов. В основе целевой экспертизы - сопоставление данных, представленных в реестрах счетов на оплату проведенной дополнительной диспансеризации работающих граждан и картах учета дополнительной диспансеризации, сведениям об осмотрах врачами-специалистами, результатах лабораторных и функциональных исследований, зафиксированных в медицинских картах граждан и журналах лабораторных и функциональных методов исследований. Ежемесячно, в плановом порядке, проводились экспертизы в 15% учреждений здравоохранения, участвующих в диспансеризации.

В целях отражения результатов целевых медико-экономических экспертиз территориальным фондом обязательного медицинского страхования были разра-



Диспансеризация, пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, проводится в МУЗ «Детская городская поликлиника № 1» КЗА МО «Город Саратов»

ботаны коды причин отклонения от оплаты случаев дополнительной диспансеризации работающих граждан, соответствующие нарушениям при выполнении объема диспансеризации.

Плановая целевая медико-экономическая экспертиза реестров счетов проводилась в объеме не менее 10% случаев диспансеризации, предъявленных к оплате каждым учреждением здравоохранения [3].

Организация и проведение плановой целевой медико-экономической экспертизы реестров счетов осуществлялась в соответствии с утвержденным планом, проводилась не реже одного раза в течение шести месяцев в каждом учреждении здравоохранения, принимавшем участие в проведении дополнительной диспансеризации

работающих граждан, как с выездом в учреждение здравоохранения, так и прибытием представителей учреждения здравоохранения в территориальный фонд обязательного медицинского страхования и представления в полном объеме первичных и учетно-отчетных медицинских документов.

Использование данных методик проведения целевых медико-экономических экспертиз реестров счетов позволило во всех 67 учреждениях здравоохранения осуществить экспертизы дважды, а в 21 учреждении здравоохранения – трижды. Объем плановых целевых медико-экономических экспертиз реестров счетов по итогам 2010 года составил 14% от объема счетов, принятых к оплате.

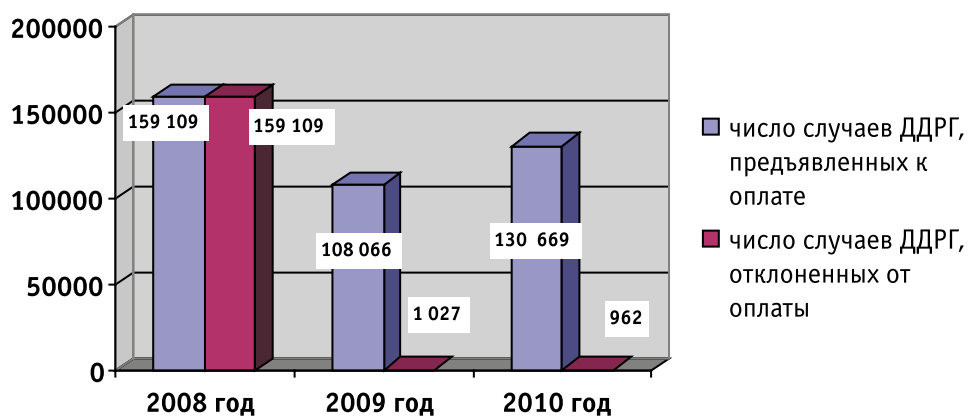


Рисунок 3. Число случаев дополнительной диспансеризации работающих граждан, предъявленных и отклоненных от оплаты в 2008-2010 гг.



Диспансеризация, пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, проводится в МУЗ «Детская городская поликлиника № 1 «КЗА МО «Город Саратов»

Ведущими нарушениями, выявленными в результате медико-экономической экспертизы, являлись следующие.

На первом месте находились нарушения, связанные с отсутствием подтверждения о выполнении отдельных лабораторных и функциональных исследований – 36,4%.

Второе место занимали нарушения, связанные с несоответствием заключения результатам исследований, выполненных при диспансеризации – 33,6%.

Третье место отведено нарушениям, связанным с предъявлением к оплате случаев диспансеризации, выполненных в отношении лиц, не подлежащих диспансеризации в отчетном периоде 2010 года, и составило 15,2% среди отклоненных от оплаты случаев диспансеризации

являлось нарушение порядка и объема проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан.

По результатам медико-экономических экспертиз в 2010 году отклонено от оплаты 0,7% случаев диспансеризации от общего числа случаев, предъявленных к оплате (в 2009 году отклонено от оплаты 1% от общего числа случаев, предъявленных к оплате). В 2008 году типовым договором не был предусмотрен возврат денежных средств за случаи дополнительной диспансеризации работающих граждан, необоснованно предъявленные к оплате (рисунок 3).

Медико-экономическая экспертиза счетов на оплату расходов по диспансеризации пребывающих в ста-

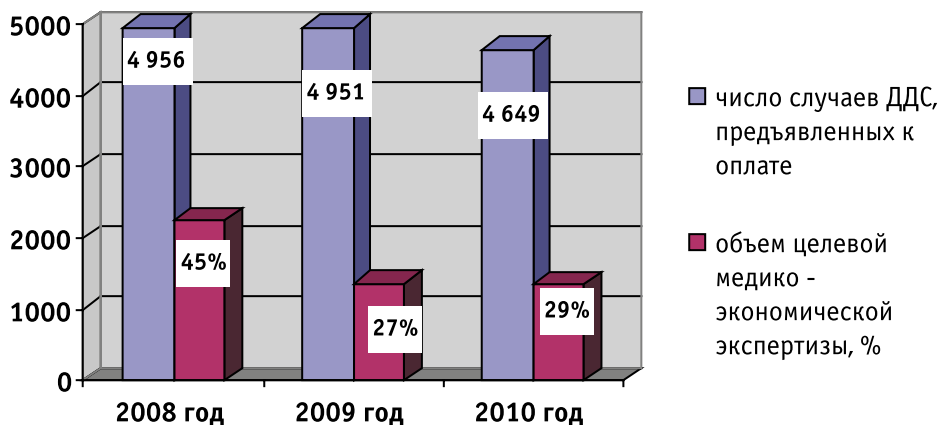


Рисунок 4. Объем целевых медико-экономических экспертиз по случаям диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации в 2008-2010 гг.

ционарных учреждениях пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, осуществлялась по аналогии с медико-экономической экспертизой счетов на оплату расходов дополнительной диспансеризации работающих граждан.

С учетом значительно меньшего числа пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, подлежащих диспансеризации, объем целевых медико-экономических экспертиз составил 29,1% от общего числа случаев диспансеризации (рисунок 4).

Нарушений порядка и объема проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, не установлено, все случаи приняты к оплате.

Использование программного комплекса, позволило дать оценку результатам диспансеризации детей-сирот, выполненной в 2007-2010 гг.

В течение 4-х лет диспансеризацию прошли 7 997 детей, из них участвовали трижды 1 791 ребенок (22,4%).

Общее количество зарегистрированных заболеваний составило 14 037 случаев (3019 случаев на 1000 детей).

По результатам диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, 34,6% детей отнесено к I или II группе здоровья.

Из числа детей, прошедших диспансеризацию в 2010 году, 969 (20,8%) признаны инвалидами.

Внедрение системы проведения медико-экономических экспертиз позволило снизить на 30% число случаев диспансеризации, отклоненных от оплаты в сравнении с 2009 годом, а значит, способствовало повышению качества про-

ведения дополнительной диспансеризации, сокращению необоснованного предъявления к оплате случаев дополнительной диспансеризации, выполненных с нарушениями.

Литература:

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 31.12.2009 №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».

2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 4 февраля 2010г. №55н «О порядке проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан».

3. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 15 февраля 2010 года №30 «Об утверждении Порядка осуществления территориальными фондами обязательного медицинского страхования медико-экономической экспертизы счетов на оплату расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан».

References:

1. Decree of the Government of the Russian Federation dated 31.12.2009 No. 1146.

2. Order of the Ministry of Public Health and Social Development of the Russian Federation dated February 4, 2010, No.55n.

3. Order of the Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance dated February 15, 2010, No. 30.

Для корреспонденции:

Милосердов Василий Петрович – директор территориального фонда обязательного медицинского страхования Саратовской области, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук. Тел.: (8-8452) 23-88-02 (доб. 105), e-mail: general@sartfoms.ru

Мазина Наталья Васильевна – начальник управления по сопровождению приоритетного национального проекта и информационно-аналитической деятельности территориального фонда обязательного медицинского страхования Саратовской области. Контактный телефон: (8-8452) 26-49-39; E-mail: mazina@sartfoms.ru

Овчинникова Ирина Сергеевна – консультант отдела экспертной и информационно-аналитической деятельности управления по сопровождению приоритетного национального проекта и информационно-аналитической деятельности территориального фонда обязательного медицинского страхования Саратовской области. Контактный телефон: (8-8452) 23-88-02 (доб. 183); E-mail: ovchinnikova@sartfoms.ru

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Саратовской области, г. Саратов

Почтовый адрес: 410012, г. Саратов, пр. Кирова, д. 10,12

Телефон/факс (8-8452) 23-88-05; 23-88-02 (доб. 125; 225)

Vasily P. Miloserdov – Executive Director of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Saratov Region, Honored Doctor of the Russian Federation, M.D., PhD. Tel.: (8-8452) 23-88-02 (add. 105), e-mail: general@sartfoms.ru

Natalia V. Mazina – Head of the Department for Accompanying of Priority National Project and Information Analytic Activity of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Saratov Region.

Contact Tel.: (8-8452) 26-49-39; E-mail: mazina@sartfoms.ru

Irina S. Ovchinnikova – Consultant of the Department for Expert and Information Analytic Activity of the Department for Accompanying of Priority National Project and Information Analytic Activity of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Saratov Region. Contact Tel.: (8-8452) 23-88-02 (add. 183); E-mail: ovchinnikova@sartfoms.ru

The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Saratov Region, Saratov city

Postal address: 10, 12, Kirov pr. 410012, Saratov city

Tel./fax (8-8452) 23-88-05; 23-88-02 (add. 125; 225)

УДК 614.2

Использование современных технологий удаленного доступа в комплексной информационной системе ОМС Пермского края

В.В. Бабин, К.А. Селезнев

Территориальный фонд ОМС Пермского края



В.В.Бабин



К.А.Селезнев

Резюме

Развитие информационных технологий, в том числе появление высокоскоростных каналов связи, дает возможность использования механизмов удаленного доступа к информационным ресурсам системы обязательного медицинского страхования для обеспечения эффективного и своевременного взаимодействия между ее участниками.

В данной статье рассматриваются ключевые принципы построения и развития комплексной ин-

формационной системы обязательного медицинского страхования Пермского края, показаны основные информационные процессы в сфере ОМС региона и решения по их автоматизации.

Ключевые слова: регистр застрахованных граждан, персонифицированный учет, информационные технологии, интернет, удаленный доступ, комплексная информационная система.

Abstract

Application of up-to-date technologies of remote access in the complex information system of obligatory medical insurance of the Perm Territory

V.V. Babin, K.A. Seleznyov

The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance (TFOMI) of the Perm Territory

Development of information technologies, including appearance of high-speed communication channels, enables an application of remote access mechanisms to information resources of obligatory medical insurance system to provide an efficient and timely interaction between its participants.

Key principles of construction and development of the complex information system of obligatory medical insur-

ance of the Perm Territory are considered in this article, basic information processes in the Regional OMI sphere are demonstrated as well as decisions for their automation.

Key words: register of insured citizen, individualized registration, information technologies, internet, remote access, complex information system.

Информационные технологии (ИТ) на сегодняшний день являются одной из наиболее важных составляющих хозяйственной и общественной деятельности современного общества. К настоящему времени мы наблюдали несколько эволюционных этапов, смена которых определялась главным образом техническим прогрессом, появлением новых технологических средств поиска и переработки данных. Последний по времени этап развития характеризуется направленностью ИТ на создание стратегического преимущества в бизнесе[3.2].

Глобализация и интегрированное развитие технологий обеспечивают мобильный доступ и аналитическую мощь, которые удовлетворяют потребностям, как отдельных пользователей, так и крупных организаций и государственных структур, значительно расширяя их возможности. Информационные системы, системы связи и управления доставляют потребителю необходимую информацию и позволяют совершать операции в течение 24 часов в сутки в любом месте, где есть доступ в сеть. Данный факт легко объясняется широким выбором мобильных устройств, достаточной пропускной способностью каналов связи, что влечет за собой снижение стоимости Интернет-трафика, а также все большей независимостью пользователя от местонахождения информационного контента[3.1].

Государственные системы не являются исключением. В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2010 №210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»[1.2], постановлением Правительства Российской Федерации от

15.06.2009 №478 «О единой системе информационно-справочной поддержки граждан и организаций по вопросам взаимодействия с органами исполнительной власти и органами местного самоуправления с использованием информационно-телекоммуникационной сети интернет»[1.3] осуществляется поэтапный переход на оказание Государственных услуг населению в электронном виде, в том числе, с помощью технологий удаленного доступа через Интернет.

Все вышесказанное определяет основной вектор развития информационных систем в ближайшие несколько лет: централизация данных и возможность удаленного доступа к этим данным в любое время и в любом месте.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Пермского края (далее – ТФОМС Пермского края) следуя трендам ИТ-рынка также активно применяет технологии удаленного доступа при разработке программного обеспечения для эффективного функционирования информационных систем ОМС на территории Пермского края.

В рамках создания единого информационного пространства (рисунок 1) системы здравоохранения Пермского края, начиная с 2007 года, ТФОМС Пермского края проводит работу по разработке и развитию комплексной информационной системы ОМС Пермского края (КИС ОМС Пермского края). Основная цель КИС ОМС Пермского края - обеспечение эффективного и своевременного информационного взаимодействия в рамках Федерального закона об ОМС всех участников информационного об-

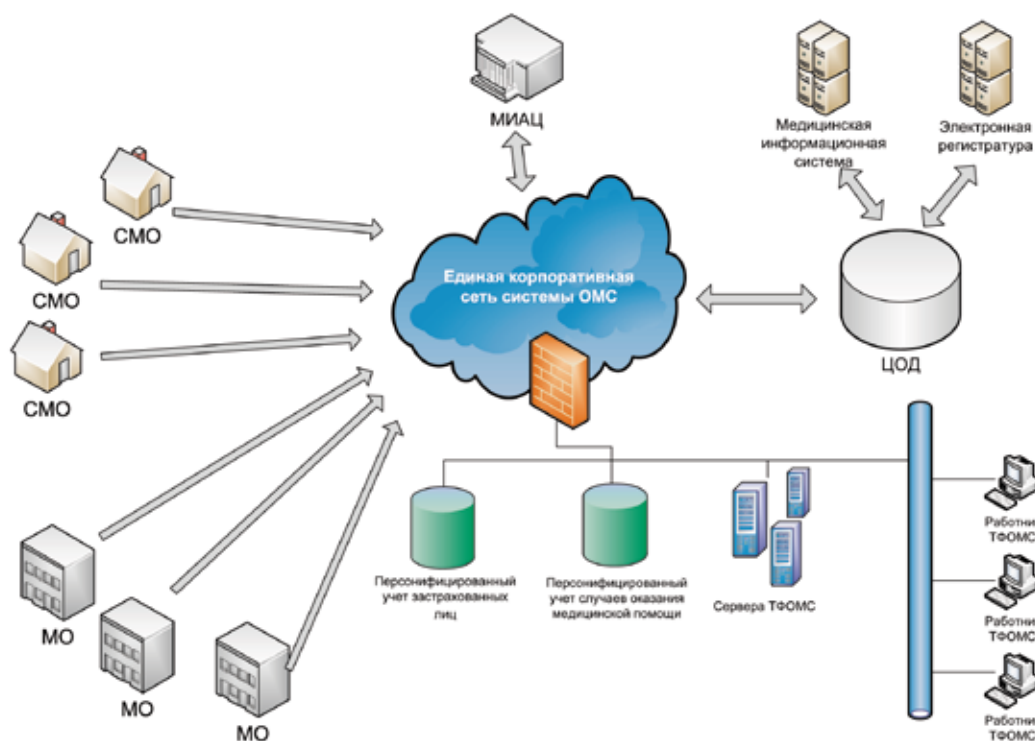


Рисунок 1. Единое информационное пространство системы здравоохранения Пермского края

Работа - Заполнение (редактирование) -

Заполнение о выборе(замене) ОНО

ОНО

Входит ОНО

Этап оформления

№ заявления от тип

№ временного свидетельства действует до

Фамилия **Имя** **Отчество**

Пол Дата рождения гражданство

Документ, удостоверяющий личность

Тип документа серия номер дата выдачи

Как выдан

Настоящий этап:

Опас

Документ, подтверждающий регистрацию по месту жительства в РФ:

Тип документа серия номер дата выдачи

Как выдан

Адрес регистрации

Дата регистрации по

Адрес проживания

Контакты: дом(моб) раб. E-mail

Социальный статус

Заполнено о выборе(замене) ОНО в связи с:

Форма подачи:

Подписать

Рисунок 2. Окно ввода заявления на выбор (замену) СМО WEB-портала «База данных застрахованных»

мена, отвечающего всем требованиям законодательства Российской Федерации в области защиты информации.

Немного истории. Первым шагом по созданию КИС ОМС Пермского края стала разработка информационной системы удаленного доступа страховых медицинских организаций (СМО) к единой базе данных застрахованных граждан. WEB-портал «База данных застрахованных» (далее – WEB-портал) – это веб-ориентированная система, предоставляющая доступ ТФОМС и СМО в режиме реального времени к единой базе данных застрахованных граждан по открытым каналам связи с помощью сертифицированных средств защиты информации. WEB-портал был запущен в рабочую эксплуатацию в 2008 году и за два года функционирования позволил сформировать единую «выверенную» базу данных граждан, застрахованных по ОМС на территории Пермского края. Внедрение WEB-портала позволило обеспечить прозрачное взаимодействие ТФОМС Пермского края со СМО и организовать своевременную печать и выдачу полисов ОМС гражданам (рисунок 2).

На сегодняшний день на WEB-портале зарегистрировано 385 операторов 11 страховых медицинских организаций по всему Пермскому краю. Для обеспечения защиты информации в соответствии с требованиями Российского законодательства каждое рабочее место оператора WEB-портала в обязательном порядке оборудовано сертифицированными средствами криптографической защиты информации «КриптоПро». В ближайшее время планируется использование электронно-цифровой под-

писи (ЭЦП) Удостоверяющего центра ФОМС для аутентификации операторов и подтверждения юридической значимости произведенных оператором действий посредством ЭЦП.

В 2010 году совместно с ГУЗ «Пермский краевой медицинский аналитический центр» (ПКМИАЦ) обеспечено информационное взаимодействие WEB-портала с Региональной медицинской информационно-аналитической системой (РИАМС) в рамках реализации на территории Пермского края регионального проекта «Система фондодержания, оплата по подушевым нормативам амбулаторно-поликлинической помощи». Обмен сведениями осуществляется следующим образом: при наличии изменений в базе данных застрахованных (выдача нового полиса, изменения персональных данных гражданина, признание полиса недействительным), данные изменения из WEB-портала направляются в РИАМС, а из РИАМС передаются сведения об изменении прикрепления гражданина к медицинской организации – Фондодержателю. Сведения передаются в режиме реального времени, посредством соответствующих WEB-сервисов, реализованных на каждой из сторон информационного обмена. Данный механизм позволяет решить задачу по использованию единой базы данных граждан, застрахованных по ОМС, как на стороне медицинской организации (МО), так и на стороне ТФОМС. Таким образом, информация о гражданине, получившем полис ОМС, к моменту обращения последнего в МО уже присутствует в информационной системе МО. Соответ-



Рабочая группа в составе главных специалистов А.Г. Шербакова, О.С. Выголовой, заместителя начальника отдела ИТ С.В. Ильиных обсуждают проект КИС ОМС

Дата заявления от: 03.09.2011 по: 04.09.2011 Выбрать	Центр-инициатор	Принято на рассмотрение	Генератор сообщений				Генератор заявок на выдачу полиса единого образца					
Основной пакет	в пакете	Ответ ЦС ЕРЗ	Ошибки Ф.Л.К. ЕРЗ	Основной пакет	в пакете	Ответ ЦС ЕРЗ	Ошибки Ф.Л.К. ЦС ЕРЗ	Основной пакет	в пакете	Ответ ЦС ЕРЗ	Ошибки Ф.Л.К. ЦС ЕРЗ	Заявки на изготовление полиса
Статус: Получен подтверждающий пакет ЦС												
57000-00007-27.uprmes 09.09.2011 9:00:48	23	57000-79692b47-3f6e-4da2-9ad3-b78b749225e.uprak1 09.09.2011 9:09:17	0	57000-6409663a-4e9d-4b8e-80e4-a3b2b71c3fdd.uprak2 12.09.2011 11:21:55	0	57000-00007-35.uprmes 12.09.2011 11:30:24	23	57000-4ee9c718-63a7-493b-bc6d-b09f1318926.uprak1 12.09.2011 15:08:56	23			
57000-00007-36.uprmes 12.09.2011 11:34:26	1	57000-09351786-5ede-4215-a0a0-8ebdd9d8ed5.uprak1 12.09.2011 12:50:25	0	57000-dc962d7f-5277-4a95-9a75-216cd6cb84b1.uprak2 14.09.2011 11:15:53	0	57000-00007-50.uprmes 14.09.2011 11:38:23	1	57000-6d4f5cbd-382b-4e0a-a3c6-f7ea66221fed.uprak1 14.09.2011 11:42:24	1			
Статус: Получен подтверждающий пакет ЦС												
57000-00007-27.uprmes 09.09.2011 9:00:48	56	57000-79692b47-3f6e-4da2-9ad3-b78b749225e.uprak1 09.09.2011 9:09:17	0	57000-6409663a-4e9d-4b8e-80e4-a3b2b71c3fdd.uprak2 12.09.2011 11:21:55	1	57000-00007-35.uprmes 12.09.2011 11:30:24	55	57000-4ee9c718-63a7-493b-bc6d-b09f1318926.uprak1 12.09.2011 15:08:56	55			
57000-00007-36.uprmes 12.09.2011 11:34:26	1	57000-09351786-5ede-4215-a0a0-8ebdd9d8ed5.uprak1 12.09.2011 12:50:25	0	57000-dc962d7f-5277-4a95-9a75-216cd6cb84b1.uprak2 14.09.2011 11:15:53	0	57000-00007-50.uprmes 14.09.2011 11:38:23	1	57000-6d4f5cbd-382b-4e0a-a3c6-f7ea66221fed.uprak1 14.09.2011 11:42:24	1			
Всего	84											
На рассмотрение	1											
Обработано	82											
Ошибки Ф.Л.К.	1											
Итого полисов	82											
Не обработано	0											
Набыто	0											

Рисунок 3. Мониторинг сообщений в ЦС ЕРЗ и заявок на изготовление на Диспетчер информационного взаимодействия КИС ОМС Пермского края

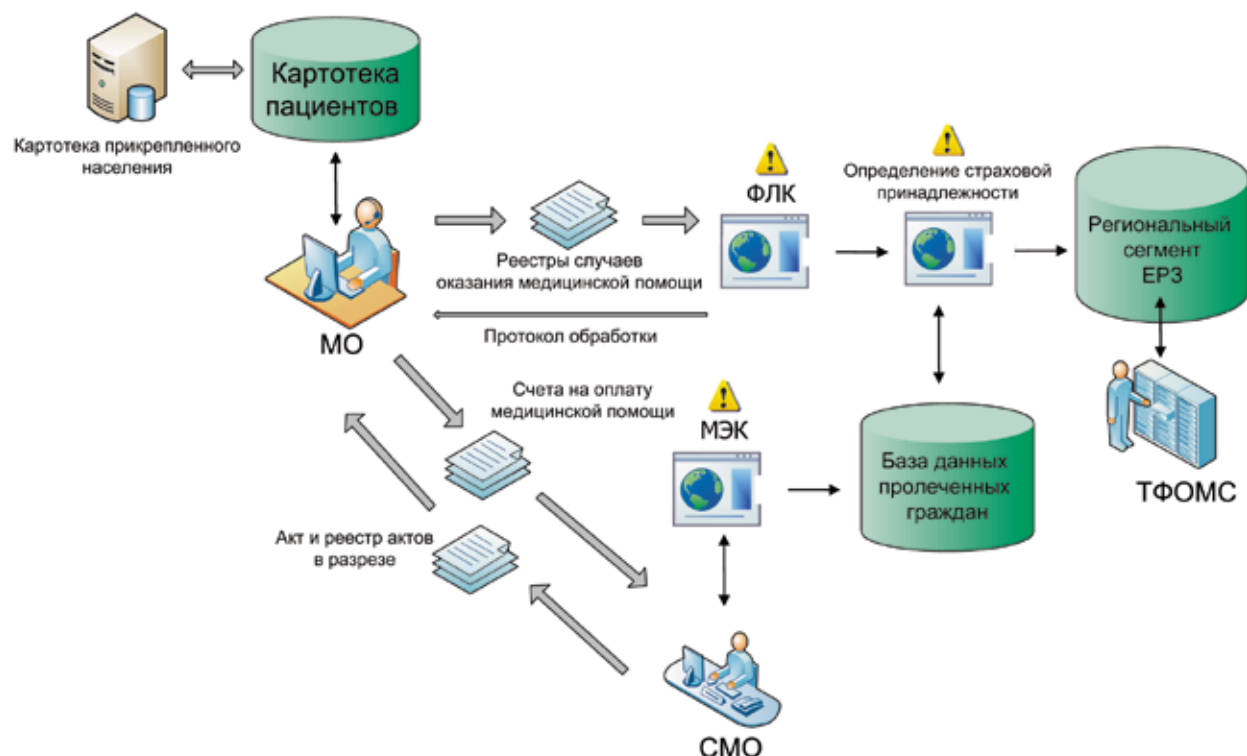


Рисунок 4. Информационное взаимодействие в рамках КИС ОМС Пермского края

ственно, существенно снижаются риски по наличию некорректных данных страхования при формировании в МО реестра случаев оказания медицинской помощи.

Следующим этапом развития КИС ОМС Пермского края, со вступлением в силу Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [1.1], Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития от 28.02.2011 №158н, стало изменение технологии работы WEB-портала в части обеспечения граждан полисами ОМС единого образца. При этом архитектура и условия работы WEB-портала с точки зрения удаленного доступа к данным, теперь уже регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц были сохранены для СМО в полном объеме.

В соответствии с Общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Федерального фонда ОМС от 07.04.2011 №79, в 2011 году был разработан и введен в эксплуатацию Диспетчер информационного обмена - подсистема КИС ОМС Пермского края, обеспечивающая пакетный обмен данными между региональным и центральным сегментами единого регистра застрахованных лиц на основании международного стандарта ISO/HL7 27931:2009 [2]. Окно операторского интерфейса по мониторингу сообщений в центральный

сегмент единого регистра застрахованных лиц и заявок на изготовление полисов единого образца Диспетчера информационного обмена приведено на рисунке 3.

В соответствии с Планом-графиком мероприятий по переходу на медико-экономический контроль реестров счетов медицинских организаций по случаям оказания медицинской помощи в соответствии с требованиями Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» на территории Пермского края в ближайшие два года планируется следующие развитие КИС ОМС Пермского края:

- организация доступа страховых медицинских организаций к базе данных пролеченных по ОМС граждан с помощью технологий удаленного доступа;
- реализация СМО функции проведения медико-экономического контроля (МЭК) в КИС ОМС Пермского края с помощью технологии удаленного доступа как показано на рисунке 4;
- экспорт из КИС ОМС Пермского края плана проведения объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи страховыми медицинскими организациями с помощью технологий удаленного доступа и автоматическая проверка плана в ТФОМС Пермского края на соответствие нормативным документам;
- организация импорта результатов медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, проводимого страховыми медицинскими организациями, с помощью технологий удаленного доступа

и автоматическое сохранение результатов в КИС ОМС Пермского края с учетом плана экспертиз;

- автоматизация процесса формирования ведомственной отчетности и анализа результатов объемов, сроков, качества и условий медицинской помощи в режиме реального времени;

- реализация подсистемы анализа финансирования медицинских организаций с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий медицинской помощи в системе ОМС;

- формирование ведомственной отчетности и анализа результатов работы страховых медицинских организаций по работе с жалобами и обращениями граждан в режиме реального времени;

- организация экспорта/импорта объемов предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС в КИС ОМС Пермского края для дальнейшего контроля на этапе проведения МЭК, а также публикация на интранет-портале системы ОМС или доведение иным способом до всех участников информационного взаимодействия в системе ОМС на территории Пермского края;

- автоматизация работы с электронными полисами ОМС, электронным приложением полиса ОМС в составе универсальной электронной карты (УЭК) в рамках информационного взаимодействия между субъектами системы ОМС на территории Пермского края.

Таким образом, в настоящее время КИС ОМС Пермского края является единой платформой, которая позволяет интегрировать разрозненные информационные системы, решающие взаимосвязанные задачи, предоставляет участникам системы ОМС возможность удаленного доступа к единым информационным ресурсам, обеспечивает современный уровень поддержки их взаимодействия.

Литература:

1. Законодательство:

1.1. Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

1.2. Федеральный закон от 27.07.2010 №210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»

1.3. Постановление Правительства Российской Федерации от 15.06.2009 №478 «О единой системе информационно-справочной поддержки граждан и организаций по вопросам взаимодействия с органами исполнительной власти и органами местного самоуправления с использованием информационно-телекоммуникационной сети интернет»

2. Международный стандарт ISO/HL7 27931:2009. Стандарты на обмен данными. Уровень здоровья семь, версия 2.5. Протокол прикладной программы для электронного обмена данными в системе здравоохранения. – 185 с.

3. Учебные материалы:

3.1. Олифер Н.А., Олифер В.Г. и др. Стратегическое планирование сетей масштаба предприятия. – М.: Центр информационных технологий, 2001. – 261 с.

3.2. Советов Б.Я., Цехановский В.В. Информационные технологии. – М.: Высшая школа, 2006. – 263 с.

References:

1. Laws:

1.1. Federal Law dated 29.11.2010 No. 326-FZ

1.2. Federal Law dated 27.07.2010 No. 210-FZ

1.3. Decree of the Government of the Russian Federation dated 15.06.2009 No. 478

2. International Standard ISO/HL7 27931:2009. Standards for data exchange. Health Level seven, version 2.5. Minutes of Applied Program for electronic data exchange in the system of public health. - 185s.

3. Educational materials:

3.1. Olfier N.A., Olfier V.G. et al. Strategic planning of enterprise scale networks. – M.: Center of the Information Technologies, 2001. – 261s.

3.2. Sovetov B.Y., Tsekhanovaky V.V. Information technologies. – M.: Vysshaya shkola, 2006. – 263s.

Для корреспонденции:

Бабин Вадим Владимирович – директор ТФОМС Пермского края, к.м.н.
e-mail: vbabin@tfoms.perm.ru; тел: (342) 265-15-38

Селезнев Кирилл Андреевич – начальник отдела ИТ ТФОМС Пермского края
e-mail: kseleznev@tfoms.perm.ru; тел: (342) 291-51-41

Пермский территориальный фонд обязательного медицинского страхования
Адрес: 614060, г.Перьм, ул. Уральская, д.119

Vadim V. Babin – Director of the TFOMI of the Perm Territory
E-mail: vbabin@tfoms.perm.ru; Tel.: (342) 265-15-38

Kirill A. Seleznyov – Head of the Department of the TFOMI of the Perm Territory
E-mail: kseleznev@tfoms.perm.ru; Tel.: (342) 291-51-41

The Perm Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance
Address: 119, Ul. Uralskaya, 614060, Perm city

Диссертационные исследования в области организации здравоохранения и обязательного медицинского страхования (2010-2011 гг.)

А.С. Чумаков

Модель непрерывного улучшения качества медицинских услуг в условиях обязательного медицинского страхования с позиций их потребителей (концептуальные и методические подходы)

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук

2010 год

Целью настоящего исследования является научное обоснование методологии и разработки модели непрерывного улучшения качества медицинских услуг на основе управления потребительскими факторами риска снижения удовлетворённости потребителя как критерия качества медицинских услуг.

В исследовании были поставлены и решены задачи:

1. Разработана методика исследования формирования удовлетворенности потребителей качеством меди-

цинских услуг с позиций комплексного влияния медико-социальных факторов.

2. Дан анализ удовлетворенности потребителей медицинских услуг их качеством по данным обращений и опроса на этапах до-, во время и после оказания медицинской услуги, определены временные и пространственные отличия.

3. Установлено соотношение показателей удовлетворенности потребителей медицинских услуг на разных этапах ее формирования, этапных и межэтапных факторов, определяющих уровень удовлетворенности.

4. Проведён анализ медико-социального потенциала потребителей медицинских услуг и определена распространённость «потребительских» факторов риска снижения удовлетворённости их качеством на разных этапах ее формирования.

5. Научно обоснованы концептуальные и методические подходы. Разработана модель непрерывного улучшения качества медицинских услуг в условиях ОМС с позиций потребителей.

А.А. Арефьев

Современные подходы оптимизации диспансеризации работающего населения

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

2010 год

Цель исследования - изучение состояния здоровья, оценка качества проведения дополнительной диспансеризации работающего населения и разработка комплекса медико-организационных мер, направленных на совершенствование диспансеризации.

Задачами исследования являются:

1.Проведение комплексной оценки здоровья работающего населения, в рамках положений национального проекта «Здоровье» в Северо-Западном регионе.

2.Представление комплексной медико-социальной характеристики групп работающего населения и выявление особенности системы медицинского обеспечения диспансеризации данного контингента.

3.Оценка особенности социального поведения работающих относительно заботы о своем здоровье.

4.Изучение отношения врачей амбулаторно-поликлинических учреждений к проекту дополнительной диспансеризации, проводимой в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье».

5.Разработка путей оптимизации медико-организационных подходов при проведении диспансерных осмотров работающего населения.

В. В. Иваненко

Мониторинг качества медицинской помощи в стационарах на региональном уровне

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

2011 год

Целью исследования является научное обоснование, разработка и внедрение автоматизированной информационной системы по оценке результатов экспертизы качества и технологии оказания медицинской помощи в стационарах на региональном уровне.

Задачи исследования:

1. Разработать унифицированную формализованную карту по экспертизе качества медицинской помощи в стационаре;

2. Сформировать группы процессуальных индикаторов и интегрированного показателя по оценке результатов экспертизы качества стационарной медицинской помощи;

3. Создать математическую модель для информационного обеспечения и оценки экспертной деятельности в условиях стационара;

4. Создать автоматизированную информационную систему по оценке результатов экспертизы качества и технологии оказания МП в стационаре;

5. Сформировать базы данных в разрезе отдельных территорий и на региональном уровне с целью контроля, управления и повышения уровня качества медицинской помощи в стационарах.

Р.Х. Ягудин

Динамика здоровья населения и показателей деятельности здравоохранения в свете реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в Республике Татарстан

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

2010 год

Целью исследования явилась:

разработка программы совершенствования деятельности медицинских учреждений при реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», основанной на основе изучения мнения врачей и пациентов о ходе выполнения ПНП.

Задачи исследования:

1. Изучение демографических показателей и показателей здоровья населения Республики Татарстан (РТ) в динамике за 11 лет (1997 – 2007 гг.).

2. Анализ динамики показателей деятельности учреждений здравоохранения РТ в период до реализации приоритетного национального проекта (ПНП) и в 2006-2008 гг.

3. Обобщение данных об изменении ресурсной базы учреждений здравоохранения РТ (материально-техническая база и экономика) в связи с введением ПНП.

4. Выяснение мнения врачей различных звеньев здравоохранения об эффективности внедрения ПНП «Здоровье».

5. Выяснение мнения пациентов об удовлетворенности медицинской помощью на данном этапе; их осведомленность об основных положениях ПНП «Здоровье».

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

Докторская диссертация

И.В. Иевский

Механизмы реализации инновационных проектов в информационно-документационной сфере системы обязательного медицинского страхования

Целью диссертационного исследования стала разработка теоретических основ реализации инновационных проектов в информационно-документационной сфере региональной системы ОМС, а также обоснование рекомендаций по совершенствованию соответствующих практических механизмов. В рамках данной цели были сформулированы следующие задачи диссертационного исследования, а именно: 1) охарактеризовать функции и структуру регионального уровня отечественной системы ОМС; 2) раскрыть содержание понятия «информационно-документационная сфера региональной системы ОМС»; 3) выявить специфические черты инновационных проектов в рассматриваемой сфере; 4) сформулировать основные направления реализации инновационных информационно-документационных проектов в региональной системе ОМС; 5) обосновать правовые и организационные условия повышения эффективности исследуемой инновационной деятельности; 6) комплексно охарактеризовать этапы и технологии реализации инновационных проектов на примере конкретного позитивного опыта внедрения ТАСУ в систему обязательного медицинского страхования Московской области; 7) разработать подходы к оценке эффективности комплекса мероприятий по проекту ТАСУ.

Научная новизна работы заключается в развитии концептуальных подходов к инновационной деятельности в информационно-документационной сфере системы обязательного медицинского страхования в регионах, а также разработке предложений по механизмам реализации соответствующих инновационных проектов.

В плане конкретизации заявленной научной новизны на защиту выносятся следующие основные результаты, отражающие личный вклад соискателя в разработку указанных проблем:

1. Дано авторское определение информационно-документационной сферы региональной системы ОМС как совокупности информационных связей, ресурсов, технологий, информационно-телекоммуникационных систем и сетей, используемых в рамках определенной территории. В числе факторов, обуславливающих все возрастающее значение рассматриваемой сферы, выделены: а) колоссальные объемы финансовых средств, ежегодно расходуемые на цели ОМС; б) материальная заинтересо-

ванность всех участников системы обязательного медицинского страхования, в силу чего необходима максимальная прозрачность отчетности и бизнес-процессов; в) наличие существенных задержек в оплате услуг ЛПУ вследствие медленного оборота; г) длительность ожидания и низкое качество обслуживания из-за большого объема неавтоматизированной оформительской работы; д) необходимость защиты конфиденциальной информации; е) важность борьбы с злоупотреблениями и мошенничеством в области документооборота; ж) мобильность населения и связанная с этим необходимость обслуживания иногородних пациентов.

2. Определены специфические черты и принципы инновационных проектов в информационно-документационной сфере ОМС. Первые обусловлены характером рассматриваемой системы как, во-первых, территориально-распределенного многоуровневого комплекса, во-вторых, - структуры децентрализованного управления её участниками в силу различной ведомственной подчиненности и формы собственности. Специфические принципы реализации инновационных проектов в рассматриваемой сфере сводятся к: а) функциональной специализации; б) интегрируемости и масштабируемости; в) информационной совместимости; г) модульности и открытости; д) надежности; е) унификации; ж) преемственности; з) технологичности; и) эргономичности; к) защищенности.

В качестве приоритетных целей рассматриваемых проектов соискатель определяет: рост эффективности управления системой ОМС региона; повышение обоснованности принятия управленческих решений; оптимизацию использования средств и обеспечение устойчивого финансового положения субъектов ОМС; интеграцию в единое информационное пространство; повышение оперативности получения учетно-отчетной документации об оказанной населению медицинской помощи; повышение эффективности лечебно-диагностического процесса; организацию справочно-информационного обеспечения учреждений здравоохранения; снижение трудоемкости сбора и обработки первичных данных для статотчетности.

3. Доказано, что информационное пространство системы ОМС в настоящее время представляет собой разнородную и слабо интегрированную среду, представленную сотнями отдельных информационных комплексов её участников в силу: а) неравномерности развития информационной базы; б) отсутствия единой административной вертикали управления ОМС; в) существенных различий между субъектами РФ в плане развития региональных

систем ОМС. Обозначена принципиальная направленность инновационных проектов в информационно-документационной сфере региональной системы ОМС: во-первых, на создание единого информационного пространства; во-вторых, на четыре ключевые области: телекоммуникационную среду; технологическую и организационную инфраструктуру; информационные ресурсы и механизмы оказания услуг; обеспечение комплексной безопасности информационной среды.

4. Обоснованы два главных вектора дальнейшего совершенствования нормативно-правовой базы информатизации системы ОМС: во-первых, формирование правовых основ комплексного автоматизированного персонализированного учета застрахованных и данных об оказанной им медицинской помощи; во-вторых, - укрепление режима информационной безопасности и защиты персональных данных.

Развитие организационной составляющей инновационной деятельности в сфере информатизации системы ОМС диссертант связывает с: 1) системой государственной стандартизации; 2) критериями отбора производителя автоматизированной системы не только на основе цены, но и с учетом инновационности и перспективности разрабатываемого комплекса; 3) максимальным использованием таких устройств как магнитные и лазерные сканеры, считыватели, автоматизированные меню выбора функций; 4) создание единых баз и реестров различных государственных учреждений, выполняющих смежные функции.

5. Разработан алгоритм реализации инновационного проекта на примере внедрения ТАСУ на основе сформулированных соискателем целей: а) создания типового автоматизированного комплекса для оптимизации процессов делопроизводства в ЛПУ; б) адаптации комплекса к специфическим условиям ЛПУ различных уровней и размеров для тиражирования созданного продукта; в) обеспечения взаимодействия комплекса с аналогичными системами без промежуточных «посредников»; г) простоты и доступности справочно-информационных услуг для широких масс населения. Рекомендовано создать в ЛПУ медико-экономический отдел во главе с заместителем главного врача как структуру по координации работы кабинета медицинской статистики; операторов ЭВМ; экономистов по вопросам оплаты лечения страховыми компаниями; заведующего аптекой.

6. Предложен подход к оценке полученного от инновационного проекта эффекта в единстве экономической и социальной составляющей с учетом интересов всех субъектов системы обязательного медицинского страхования. Показано, что многие параметры, не поддающиеся денежной оценке, имеют большое социальное значение либо дуалистичны. В соответствии с авторской методологией отобраны важнейшие критерии для каждого из субъектов ОМС сведены в единую систему, связанную с достигнутыми результатами, что и обеспечивает комплексную оценку эффективности реализованного инно-

вационного проекта.

Теоретическая и практическая значимость диссертационной работы. Теоретическая значимость исследования заключается в том, что научные разработки, содержащиеся в диссертации, могут быть использованы в качестве методологической базы для дальнейших комплексных исследований данной проблемы. В практическом плане материалы диссертации могут быть использованы при создании национальной инфраструктуры информационного обеспечения инновационного развития на разных уровнях, а также при совершенствовании нормативно-правовой базы в данной области. Результаты проведенного исследования могут быть задействованы в практической деятельности субъектов системы ОМС, органов власти различного уровня, структур, курирующих социальную сферу, в процессе формирования единого информационного пространства обязательного медицинского страхования. Научные результаты исследования могут найти применение в учебном процессе высших учебных заведений при подготовке методических материалов и чтении курсов по общепрофессиональным и специальным дисциплинам («Инновационный менеджмент», «Управление инвестиционными проектами», «Информационные системы в экономике»); в процессе переподготовки кадров и повышения квалификации специалистов.

Апробация результатов исследования. Основные положения и результаты диссертационной работы были использованы при создании автоматизированной системы управления процессом обязательного медицинского страхования для лечебно-профилактических учреждений (ТАСУ ОМС ЛПУ) Московской области. Материалы и положения диссертации представлялись в форме докладов и получили одобрение на научно-практических конференциях и семинарах, среди которых: Научно-практическая конференция «Современные инфокоммуникационные технологии в системе охраны здоровья» (Москва, 2003), Научно-практическая конференция «Актуальные проблемы интеллектуальной собственности» (Москва, 2006), Всероссийская научно-практическая конференция «Интеллектуальная собственность в инновационном развитии России» (Москва, 2007).

*Научный руководитель:
доктор экономических наук, профессор В.И. Мухомад*

Работа выполнена на кафедре управления инновациями и коммерциализации интеллектуальной собственности Российского государственного института интеллектуальной собственности.

Специальность: 08.00.05

Экономика и управление народным хозяйством (управление инновациями)

Кандидатская диссертация

И.Ю. Михайлова

Оценка состояния ортодонтической помощи, оказываемой по программе обязательного медицинского страхования

Цель исследования

Повышение качества стоматологической ортодонтической помощи, оказываемой по программе ОМС.

Задачи исследования

1. Изучить организационные особенности оказания ортодонтической помощи детям и подросткам Московской области и их соответствие программе ОМС.
2. Изучить распространенность ЗЧА среди детского населения и способы их устранения в рамках программы ОМС.
3. Выявить причины и провести анализ ошибок и осложнений при оказании ортодонтической помощи детям, оказываемой по программе ОМС.
4. Разработать алгоритмы ортодонтического лечения детей и подростков по программе ОМС, с использованием съемной аппаратуры.
5. По результатам проведенного анализа дать рекомендации по совершенствованию ортодонтической помощи, оказываемой по программе ОМС и предложить критерии оценки ее качества.

Научная новизна

Впервые проведены эпидемиологические исследования в Московской области и установлена структура ЗЧА среди детского населения. Установлено, что распространенность ЗЧА составляет 57,5%, в структуре преобладают дис-тальная окклюзия-30,2% и глубокая резцовая окклюзия-20,6%.

Впервые дана объективная оценка состояния ортодонтической помощи, оказываемой по программе ОМС.

Впервые оценен уровень организации ортодонтической помощи, оказываемой по программе ОМС. Установлено, что в рамках данной программы применяются наиболее простые методы обследования и лечения, что влияет на качество лечения.

Впервые проведен анализ и выявлены ошибки и осложнения при оказании ортодонтической помощи по программе ОМС.

Впервые на основании проведенного исследования составлены алгоритмы лечения ЗЧА с использованием съемной ортодонтической аппаратуры, на их основании разработаны практические рекомендации по повышению качества ортодонтической помощи, оказываемой по программе ОМС.

Практическая значимость

В результате проведенного исследования разработаны алгоритмы лечения ЗЧА с использованием съемной аппаратуры, которые имеют существенное значение для практического здравоохранения, а так же страховых компаний для контроля качества оказываемой помощи.

*Научный руководитель:
доктор медицинских наук И.В. Гуненкова*

*Работа выполнена в ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.
Специальность: 14.01.14 – Стоматология*



НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ

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

от 21 октября 2011 г. № 856

МОСКВА

**О ПРОГРАММЕ
ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА 2012 ГОД**

В целях обеспечения конституционных прав граждан Российской Федерации на получение бесплатной медицинской помощи Правительство Российской Федерации постановляет:

1. Утвердить прилагаемую Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год.

2. Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации:

а) внести в установленном порядке в Правительство Российской Федерации:

до 1 июля 2012 г. - доклад о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год;

до 20 августа 2012 г. - проект программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год;

б) давать разъяснения по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год, в том числе совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования - в части, касающейся формирования и экономического обоснования территориальных программ обязательного медицинского страхования на 2012 год;

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

3. Рекомендовать органам государственной власти субъектов Российской Федерации утвердить до 25 декабря 2011 г. территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год.

Председатель Правительства
Российской Федерации
В.ПУТИН

Утверждена
Постановлением Правительства
Российской Федерации
от 21 октября 2011 г. № 856

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА 2012 ГОД

I. Общие положения

Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год (далее - Программа) определяет виды и условия оказания медицинской помощи, нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансового обеспечения, порядок формирования и структуру тарифов на медицинскую помощь, а также предусматривает критерии качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой гражданам Российской Федерации (далее - граждане) на территории Российской Федерации бесплатно.

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с Программой разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год (включая территориальные программы обязательного медицинского страхования) (далее - территориальные программы).

В рамках территориальных программ за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и средств обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение оказания федеральными государственными учреждениями, подведомственными Федеральному медико-биологическому агентству, медицинской помощи работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, населению закрытых административно-территориальных образований, наукоградов Российской Федерации, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, а также оказания медицинской помощи гражданам при постановке их на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу по контракту, поступлении в военные образовательные учреждения профессионального образования и призыве на военные сборы, за исключением медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной службе.

Орган государственной власти субъекта Российской Федерации вправе за счет доходов бюджета субъекта Российской Федерации и местных бюджетов (в случае наделения в соответствии с законом субъекта Российской Федерации органов местного самоуправления государственным полномочием субъекта Российской Федерации по решению вопросов организации оказания медицинской помощи) при условии финансового обеспечения территориальной программы с учетом предусмотренных Программой соответствующих нормативов определять в территориальной программе дополнительные условия и объемы оказания медицинской помощи.

Территориальная программа обязательного медицинского страхования может включать в себя оказание медицинской помощи при отдельных заболеваниях и состояниях здоровья, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, без соблюдения условия выполнения нормативов, установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, при сохранении объема финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования не ниже уровня 2010 года, в том числе в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования.

II. Виды и условия оказания медицинской помощи

В рамках Программы бесплатно предоставляются:

первичная медико-санитарная помощь;

скорая, в том числе специализированная (санитарно-авиационная), медицинская помощь;

специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь.

Первичная медико-санитарная помощь включает лечение наиболее распространенных болезней, травм, отравлений и других состояний, требующих неотложной медицинской помощи, медицинскую профилактику заболеваний, осуществление мероприятий по проведению профилактических прививок и профилактических осмотров, диспансерному наблюдению женщин в период беременности, здоровых детей и лиц с хроническими заболеваниями, предупреждению

абортов, санитарно-гигиеническое просвещение граждан, а также осуществление других мероприятий, связанных с оказанием первичной медико-санитарной помощи гражданам.

Первичная медико-санитарная помощь предоставляется гражданам в медицинских организациях и их соответствующих структурных подразделениях, в том числе во врачебно-физкультурных диспансерах, центрах планирования семьи и репродукции, центрах охраны репродуктивного здоровья подростков и центрах медицинской профилактики, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-специалистами, а также соответствующим средним медицинским персоналом.

Скорая, в том числе специализированная (санитарно-авиационная), медицинская помощь оказывается безотлагательно гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (несчастные случаи, травмы, отравления, а также другие состояния и заболевания), учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи государственной или муниципальной системы здравоохранения.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь предоставляется гражданам в медицинских организациях при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий.

Медицинская помощь предоставляется гражданам:

учреждениями и структурными подразделениями скорой медицинской помощи (скорая медицинская помощь);

амбулаторно-поликлиническими учреждениями и другими медицинскими организациями или их соответствующими структурными подразделениями, а также дневными стационарами всех типов (амбулаторная медицинская помощь);

больничными учреждениями и другими медицинскими организациями или их соответствующими структурными подразделениями (стационарная медицинская помощь).

Амбулаторная медицинская помощь предоставляется гражданам при заболеваниях, травмах, отравлениях и других состояниях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения, изоляции и использования интенсивных методов лечения, при беременности и искусственном прерывании беременности на ранних сроках (абортах), а также включает проведение мероприятий по профилактике (в том числе диспансерному наблюдению) заболеваний.

В целях повышения эффективности оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний, не требующих срочного медицинского вмешательства, в структуре медицинских учреждений муниципальной системы здравоохранения может создаваться служба неотложной медицинской помощи.

Стационарная медицинская помощь предоставляется гражданам в случае заболеваний, в том числе острых, обострения хронических заболеваний, отравлений, травм, патологии беременности, родов, абортов, а также в период новорожденности, которые требуют круглосуточного медицинского наблюдения, применения интенсивных методов лечения и (или) изоляции, в том числе по эпидемическим показаниям.

Мероприятия по восстановительному лечению и реабилитации больных осуществляются в амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях, иных медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях, включая центры восстановительной медицины и реабилитации, в том числе детские, а также санатории, в том числе детские и для детей с родителями.

При оказании медицинской помощи осуществляется обеспечение граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации необходимыми лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов.

Для получения медицинской помощи граждане имеют право на выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача (с учетом согласия врача), а также на выбор медицинской организации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Территориальная программа включает в себя:

перечень заболеваний и видов медицинской помощи, предоставляемой гражданам бесплатно за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации, местных бюджетов (в случае наделения в соответствии с законом субъекта Российской Федерации органов местного самоуправления государственным полномочием субъекта Российской Федерации по решению вопросов организации оказания медицинской помощи) и средств бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования;

условия оказания медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации;

порядок реализации установленного законодательством Российской Федерации права внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в учреждениях здравоохранения субъекта Российской Федерации и муниципальных образований;

перечни жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, необходимых для оказания стационарной медицинской помощи, медицинской помощи в дневных стационарах всех типов, а также скорой и неотложной медицинской помощи (в случае создания службы неотложной медицинской помощи);

перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен;

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

государственное (муниципальное) задание медицинским учреждениям и другим медицинским организациям, участвующим в реализации территориальной программы;

способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию;

структуру тарифа на оплату медицинской помощи;

целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи.

Порядок и условия оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы, в которой определяются в том числе нормативы обеспеченности населения врачебными кадрами по видам медицинской помощи, устанавливаются нормативными правовыми актами органа государственной власти субъекта Российской Федерации в соответствии с законодательством Российской Федерации и Программой.

III. Источники финансового обеспечения оказания медицинской помощи

Медицинская помощь на территории Российской Федерации оказывается за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджета субъекта Российской Федерации, местных бюджетов (в случае наделения в соответствии с законом субъекта Российской Федерации органов местного самоуправления государственным полномочием субъекта Российской Федерации по решению вопросов организации оказания медицинской помощи) и средств бюджетов государственных фондов обязательного медицинского страхования.

За счет средств обязательного медицинского страхования оплачивается медицинская помощь, оказываемая в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования, являющейся составной частью Программы и определяющей права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи на всей территории Российской Федерации.

В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи), специализированная (за исключением высокотехнологичной) медицинская помощь, а также осуществляется обеспечение необходимыми лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации в следующих случаях:

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

новообразования;

болезни эндокринной системы;

расстройства питания и нарушения обмена веществ;

болезни нервной системы;

болезни крови, кроветворных органов;

отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;

болезни глаза и его придаточного аппарата;

болезни уха и сосцевидного отростка;

болезни системы кровообращения;

болезни органов дыхания;

болезни органов пищеварения;

болезни мочеполовой системы;

болезни кожи и подкожной клетчатки;

болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;

травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;

врожденные аномалии (пороки развития);

деформации и хромосомные нарушения;

беременность, роды, послеродовой период и аборт;

отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

Кроме того, в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования может финансироваться медицинская помощь, предоставляемая в санаториях, в том числе детских и для детей с родителями.

За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета предоставляются:

дополнительная медицинская помощь, оказываемая врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, медицинскими сестрами участковыми врачей-педиатров участковых и медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей) федеральных государственных учреждений, находящихся в ведении Федерального медико-биологического агентства;

дополнительная медицинская помощь, оказываемая врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, медицинскими сестрами участковыми врачей-педиатров участковых и медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей) учреждений здравоохранения Российской академии наук, Сибирского отделения Российской академии наук при условии размещения в этих учреждениях муниципального заказа на оказание первичной медико-санитарной помощи;

специализированная медицинская помощь, оказываемая в федеральных специализированных медицинских учреждениях, перечень которых утверждается Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в медицинских организациях в соответствии с государственным заданием, сформированным в порядке, определяемом Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

медицинская помощь, предусмотренная федеральными законами для определенных категорий граждан, оказываемая в соответствии со сформированным государственным заданием в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации;

дополнительные мероприятия по развитию профилактического направления медицинской помощи (диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, дополнительная диспансеризация работающих граждан, иммунизация граждан, ранняя диагностика отдельных заболеваний и другие направления) в соответствии с законодательством Российской Федерации;

скорая медицинская помощь, а также первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь, оказываемая федеральными государственными учреждениями, подведомственными Федеральному медико-биологическому агентству, работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, а также населению закрытых административно-территориальных образований, наукоградов Российской Федерации, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, за исключением затрат, финансируемых за счет средств обязательного медицинского страхования;

лекарственные препараты, предназначенные для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей по перечню заболеваний, утверждаемому Правительством Российской Федерации, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, по перечню лекарственных препаратов, утверждаемому Правительством Российской Федерации.

За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета предоставляются субсидии 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, медицинскими сестрами участковыми врачей-педиатров участковых и медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей) учреждений здравоохранения муниципальных образований, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, либо (при отсутствии учреждений здравоохранения муниципальных образований) соответствующих учреждений здравоохранения субъекта Российской Федерации, либо (при отсутствии на территории муниципального образования учреждений здравоохранения муниципальных образований и учреждений здравоохранения субъекта Российской Федерации) медицинских организаций, в которых в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, размещен муниципальный заказ, за исключением учреждений здравоохранения, подведомственных главным распорядителям средств федерального бюджета.

За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, предоставленных в установленном порядке бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура, оказывается государственная социальная помощь отдельным категориям граждан в виде набора социальных услуг в части обеспечения необходимыми лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов.

За счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации предоставляются:

скорая медицинская помощь, в том числе специализированная (санитарно-авиационная);

первичная медико-санитарная помощь, оказываемая гражданам при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ;

специализированная медицинская помощь, оказываемая в онкологических диспансерах (в части содержания), кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических и других специализированных медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации, входящих в номенклатуру учреждений здравоохранения, утверждаемую Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ;

высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации дополнительно к государственному заданию, сформированному в порядке, определяемом Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

лекарственные препараты в соответствии:

с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, включая обеспечение граждан лекарственными препаратами, предназначенными для больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, с учетом лекарственных препаратов, предусмотренных перечнем, утверждаемым Правительством Российской Федерации;

с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.

За счет бюджетных ассигнований местных бюджетов, за исключением муниципальных образований, медицинская помощь населению которых в соответствии с законодательством Российской Федерации оказывается федеральными государственными учреждениями, подведомственными Федеральному медико-биологическому агентству, могут предоставляться виды медицинской помощи, предусмотренные Программой, в случае наделения в соответствии с законом субъекта Российской Федерации органов местного самоуправления государственным полномочием субъекта Российской Федерации по решению вопросов организации оказания медицинской помощи.

В соответствии с законодательством Российской Федерации расходы соответствующих бюджетов включают в себя обеспечение медицинских организаций лекарственными препаратами, в том числе иммунобиологическими лекарственными препаратами, донорской кровью и ее компонентами, иными средствами, изделиями медицинского назначения и дезинфекционными средствами.

Кроме того, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов (в случае наделения в соответствии с законом субъекта Российской Федерации органов местного самоуправления государственным полномочием субъекта Российской Федерации по решению вопросов организации оказания медицинской помощи) в установленном порядке предоставляются медицинская помощь, медицинские и иные услуги в лепрозориях, центрах по профилактике и борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита и инфекционными заболеваниями, врачебно-физкультурных диспансерах, центрах планирования семьи и репродукции, центрах охраны репродуктивного здоровья подростков, центрах медицинской профилактики (за исключением первичной медико-санитарной помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования), центрах профессиональной патологии, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомических бюро, медицинских информационно-аналитических центрах, бюро медицинской статистики, на станциях переливания крови, в центрах крови, домах ребенка, включая специализированные, хосписах, домах (больницах) сестринского ухода, молочных кухнях и прочих медицинских учреждениях, входящих в номенклатуру учреждений здравоохранения, утверждаемую Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, которые не участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

IV. Нормативы объема медицинской помощи

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

для скорой, в том числе специализированной (санитарно-авиационной), медицинской помощи – 0,318 вызова;

для амбулаторной, в том числе неотложной, медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторно-поликлинических учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях, – 9,7 посещения, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 8,962 посещения;

для амбулаторной медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров, - 0,59 пациенто-дня, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 0,49 пациенто-дня;

для стационарной медицинской помощи, предоставляемой в больничных учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях, - 2,78 койко-дня, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 1,894 койко-дня. В норматив объема стационарной медицинской помощи не включается объем медицинской помощи, предоставляемой в санаториях, в том числе детских и для детей с родителями.

Объем медицинской помощи, оказываемой не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию гражданам Российской Федерации при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования), включается в нормативы объема амбулаторной и стационарной медицинской помощи и обеспечивается за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации и местных бюджетов (в случае наделения в соответствии с законом субъекта Российской Федерации органов местного самоуправления государственным полномочием субъекта Российской Федерации по решению вопросов организации оказания медицинской помощи).

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

При формировании территориальной программы нормативы объемов медицинской помощи корректируются с учетом особенностей возрастного-полового состава, уровня и структуры заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, климатогеографических условий региона и транспортной доступности медицинских организаций.

V. Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансового обеспечения, порядок формирования и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Программой, рассчитаны исходя из расходов на ее оказание и в среднем составляют:

на 1 вызов скорой, в том числе специализированной (санитарно-авиационной), медицинской помощи - 1710,1 рубля;

на 1 посещение амбулаторно-поликлинических учреждений и других медицинских организаций или их соответствующих структурных подразделений (включая оказание неотложной медицинской помощи) - 218,1 рубля, в том числе 169,5 рубля - за счет средств обязательного медицинского страхования;

на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров - 478 рублей, в том числе 470,5 рубля - за счет средств обязательного медицинского страхования;

на 1 койко-день в больничных учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях - 1380,6 рубля, в том числе 1167 рублей - за счет средств обязательного медицинского страхования.

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, включают расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, стекла, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации).

В состав затрат на оказание медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования могут быть включены иные расходы в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.

Подушевые нормативы финансового обеспечения, предусмотренные Программой, отражают размер бюджетных ассигнований и средств обязательного медицинского страхования, необходимых для компенсации затрат по предоставлению бесплатной медицинской помощи в расчете на 1 человека в год, за счет средств обязательного медицинского страхования - на 1 застрахованное лицо в год.

Финансовое обеспечение Программы в части расходных обязательств Российской Федерации осуществляется в объемах, предусмотренных в федеральном бюджете на 2012 год.

Подушевые нормативы финансового обеспечения территориальной программы устанавливаются органом государственной власти субъекта Российской Федерации исходя из нормативов, предусмотренных разделом IV и настоящим разделом Программы, с учетом соответствующих районных коэффициентов.

Размер страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения устанавливается законом субъекта Российской Федерации не позднее 25 декабря 2011 г. в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.

Подушевые нормативы финансового обеспечения, предусмотренные Программой (без учета расходов федерального бюджета), установлены в расчете на 1 человека в год, за счет средств обязательного медицинского страхования - на 1 застрахованное лицо, и составляют в среднем 7633,4 рубля, из них:

4102,9 рубля - за счет средств обязательного медицинского страхования;

3530,5 рубля - за счет средств соответствующих бюджетов, предусматриваемых на оказание скорой, в том числе специализированной (санитарно-авиационной), медицинской помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, медицинской помощи при заболеваниях, передающихся половым путем, туберкулезе, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ, а также на содержание медицинских организаций, участвующих в обязательном медицинском страховании, и финансовое обеспечение деятельности указанных в последнем абзаце раздела III Программы медицинских организаций, не участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливаются соглашением между уполномоченным государственным органом субъекта Российской Федерации, территориальным фондом обязательного медицинского страхования, представителями страховых медицинских организаций, профессиональных медицинских ассоциаций, профессиональных союзов медицинских работников.

Дополнительные основания, виды и условия оказания медицинской помощи, а также связанные с ними объемы страхового обеспечения утверждаются территориальной программой обязательного медицинского страхования отдельно от установленных базовой программой обязательного медицинского страхования оснований, видов, условий оказания медицинской помощи, объемов соответствующего страхового обеспечения.

VI. Критерии доступности и качества медицинской помощи

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

удовлетворенность населения медицинской помощью;

число лиц, страдающих социально значимыми болезнями, с установленным впервые в жизни диагнозом;

число лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами;

смертность населения;

смертность населения в трудоспособном возрасте;

смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний;

смертность населения от онкологических заболеваний;

смертность населения от внешних причин;

смертность населения в результате дорожно-транспортных происшествий;

смертность населения от туберкулеза;

материнская смертность;

младенческая смертность;

охват населения профилактическими осмотрами, проводимыми с целью выявления туберкулеза;

охват населения профилактическими осмотрами, проводимыми с целью выявления онкологических заболеваний;

доступность медицинской помощи на основе оценки реализации нормативов объема медицинской помощи по видам в соответствии с Программой, а также установленных территориальной программой сроков ожидания гражданами медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке;

эффективность использования ресурсов здравоохранения (кадровых, материально-технических, финансовых и других), в том числе обеспеченность населения врачами, средним медицинским персоналом, а также больничными койками.

При реализации территориальной программы с учетом рекомендаций Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации применяются эффективные способы оплаты медицинской помощи, ориентированные на результат деятельности медицинских организаций (по законченному случаю, на основе подушевого финансового обеспечения оказания амбулаторной медицинской помощи в сочетании с оплатой за единицу объема оказанной медицинской помощи, по средней стоимости стационарного лечения пациента с учетом профиля отделения, по клинко-статистической группе болезней).

Выравнивание финансовых условий реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования с учетом совокупных доходных источников их финансового обеспечения, а также стимулирование эффективности реализации территориальных программ осуществляются в соответствии с законодательством Российской Федерации.



**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 25 октября 2011 г. № 7342/30-2/и

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в связи с поступающими от территориальных фондов обязательного медицинского страхования и граждан вопросами о порядке выдачи и заполнения оборотной стороны полиса обязательного медицинского страхования сообщает.

В соответствии с пунктом 3 части 1 статьи 16 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон) замена страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, осуществляется один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. При этом заменой является смена страховой медицинской организации застрахованным лицом, реализовавшим право на выбор страховой медицинской организации. Выбор страховой медицинской организации осуществляется застрахованными лицами в течение календарного года.

В соответствии с частью 2 статьи 38 Федерального закона требования к полису обязательного медицинского страхования установлены правилами обязательного медицинского страхования.

Согласно пункту 23 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н (далее – Правила), на оборотной стороне полиса обязательного медицинского страхования (далее – полис) указывается наименование, адрес и телефон страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом, дата регистрации застрахованного лица в страховой медицинской организации (дата подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации), фамилия, имя, отчество представителя страховой медицинской организации, уполномоченного на выдачу полисов обязательного медицинского страхования (далее – полис). Указанные сведения заверяются печатью страховой медицинской организации.

В соответствии с частью 17 статьи 38 Федерального закона после прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и на период до выбора в течение двух месяцев застрахованными лицами другой страховой медицинской организации территориальный фонд обязательного медицинского страхования (далее – территориальный фонд) осуществляет обязанности и права, предусмотренные частями 2, 3 статьи 38 Федерального закона. При прекращении договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования страховая медицинская организация передает в территориальный фонд готовые полисы, не врученные застрахованным лицам.

При обращении застрахованного лица за полисом в территориальный фонд на оборотной стороне полиса сотрудником территориального фонда указывается дата и наименование страховой медицинской организации, в которой гражданин застрахован согласно регистру застрахованных лиц, фамилия, имя, отчество сотрудника территориального фонда, уполномоченного на выдачу полисов. Указанные сведения заверяются печатью территориального фонда. При этом гражданин должен быть проинформирован о необходимости замены страховой медицинской организации в установленном Правилами порядке.

По истечении двух месяцев территориальный фонд в соответствии с ч. 6 ст. 16 Федерального закона передает в страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, сведения о застрахованных лицах, не осуществивших замену страховой медицинской организации, и полисы, не врученные застрахованным лицам. При этом в полисе делается отметка о страховой медицинской организации, в которой гражданин застрахован согласно регистру застрахованных лиц. Полисы передаются по акту приема-передачи.

Страховая медицинская организация, получившая указанные сведения от территориального фонда, уведомляет застрахованных лиц о факте страхования и при наличии согласия застрахованного лица на основании заявления о замене страховой медицинской организации делает в полисе отметку о факте страхования, вручает полис застрахованному лицу и вносит сведения в регистр застрахованных лиц.

При отказе застрахованного лица быть застрахованным в данной страховой медицинской организации последняя вручает ему полис без дополнительных отметок на оборотной стороне полиса.

Застрахованное лицо расписывается в получении полиса в журнале регистрации выдачи полисов.

Председатель
А.В.Юрин



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

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

АНАЛИТИЧЕСКАЯ СПРАВКА

о финансовом обеспечении медицинской помощи, оказываемой в центрах здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака за 9 месяцев 2011 года

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19.08.2009 года №597н «Об организации центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» в 2009 – 2010 годах открыты центры здоровья для взрослых и детей.

В функции центров здоровья включены первичная диагностика факторов риска и ранняя диагностика заболеваний, первичная индивидуальная профилактика среди населения, усиление профилактической направленности в системе здравоохранения. В настоящее время центры здоровья функционируют во всех субъектах Российской Федерации.

Количество центров здоровья в субъектах Российской Федерации по состоянию на 01.10.2011 года составило 688, или на 194 центра (39,3%) больше по сравнению с аналогичным периодом 2010 года (494 центра). Наибольшее увеличение количества центров здоровья отмечается в Дальневосточном, Приволжском и Сибирском округах (50,0%; 42,2% и 41,9% соответственно).

Общее количество посещений, в том числе первичных обращений граждан в центры здоровья в целом по Российской Федерации за 9 месяцев 2011 года составило 2 766 113. Основную часть посещений составили первичные обращения для проведения комплексного обследования – 2 270 957. Доля первичных обращений в общем количестве посещений центров здоровья с января по сентябрь 2011 года составила 82%, что меньше показателя за аналогичный период прошлого года (88,8%) и говорит об усилении работы центров здоровья по динамическому наблюдению населения. По сравнению с аналогичным периодом прошлого года общее количество посещений граждан возросло на 1 447 482 посещения, что составило 109,8%. Число первичных обращений увеличилось на 1 100 062 (94%) (Таблица №1).

Наибольший рост числа посещений центров здоровья за период январь-сентябрь 2011 года по сравнению с аналогичным периодом прошлого года отмечается в Республике Северная Осетия-Алания (в 27,7 раза), Белгородской области (9,8 раза), Карачаево-Черкесской Республике (8,3 раза), Удмуртской Республике (5,9 раза), Чеченской Республике (5,8 раза) и Республике Карелия (5,6 раза). Наименьшее увеличение – в Чувашской Республике (+1,6%), Астраханской области (+21,1%), Камчатском крае (+22,2%), Республике Татарстан (+27,8%), Кировской области (+29,1%), Краснодарском крае (+32,6%) и Пензенской области (+35,8%).

Уменьшения числа посещений центров здоровья за январь-сентябрь 2011 года по сравнению с аналогичным периодом прошлого года нет.

Количество посещений в день в среднем по Российской Федерации составило 21,9 на один центр здоровья, что превышает данный показатель за аналогичный период прошлого года (14,5 посещения).

Наибольшее количество посещений в день на один центр здоровья отмечено в Республике Башкортостан (54,7 посещения), Саратовской области (51,7), Хабаровском крае (46,1), Белгородской области (45,7), Ивановской области (45,0), Краснодарском крае (44,9), Ульяновской области (40,1). Наименьшее количество – в Чукотском автономном округе (0,4), Калининградской области (2,8), Чеченской Республике (3,6).

По сравнению с аналогичным периодом прошлого года в целом по Российской Федерации количество посещений в день одного центра здоровья возросло на 51%.

Наибольший рост количества посещений на 1 центр здоровья в день отмечается в Республике Северная Осетия-Алания (в 18,5 раза), Белгородской области (4,9 раза), Удмуртской Республике (4,2 раза), Карачаево-Черкесской Республике (4,3 раза), Республике Карелия (3,7 раза).

Снижение количества посещений в день на один центр здоровья отмечено в 13 субъектах Российской Федерации, из них наибольшие показатели снижения в Камчатском крае (-38,9%), Чукотском автономном округе (-33,3%), Республике Адыгея (-29,9%), Магаданской области (-18,6%), Республике Коми (-16,7%), Чувашской Республике (-15,4%), Республике Татарстан (-14,9%). Количество субъектов Российской Федерации, где число посещений за 9 месяцев 2011 года на один центр здоровья в день составило менее 10, значительно уменьшилось по сравнению с аналогичным периодом прошлого года и составило 18 против 36.

За 9 месяцев 2011 года количество законченных случаев комплексного обследования в среднем по Российской Федерации составило 3300,8 на один центр здоровья, наибольшие значения данного показателя отмечаются в Саратовской области (9238,3), Хабаровском крае (8458,6), Краснодарском крае (7348,9), Омской области (7340,0), Ульяновской области (6554,4), Амурской области (6508,5), Пензенской области (6431,8) и Чувашской Республике (6269,3). По сравнению с аналогичным периодом прошлого года количество законченных случаев на один центр здоровья увеличилось на 39,3% (Таблица №2).

Наибольшее увеличение количества законченных случаев на 1 центр здоровья отмечается в Республике Северная Осетия-Алания (в 15,8 раза), Калининградской области (12,5 раза), Республике Дагестан (6,8 раза), Удмуртской Республике (4,1 раза) и Еврейской автономной области (3,7 раза).

Уменьшение количества законченных случаев на один центр здоровья отмечено в 17 субъектах Российской Федерации, из них наибольшее снижение отмечено в Магаданской области (-91,3%), Республике Адыгея (-30,9%), Чукотском автономном округе (-22,6%), Чувашской Республике (-19,6%), Республике Коми (-16,7%), Республике Татарстан (-16,0%).

Количество законченных случаев на один центр здоровья в месяц за период с января по сентябрь 2011 года составило 366,8 случая.

Наибольшее количество законченных случаев на один центр здоровья в месяц отмечается в Саратовской области (1026,5 законченных случаев на 1 центр здоровья в месяц), Хабаровском крае (939,8), Краснодарском крае (816,5), Омской области (815,6), Ульяновской области (728,3), Амурской области (723,2), Пензенской области (714,6).

Количество законченных случаев на один центр здоровья в месяц увеличилось на 31,2% по сравнению с 2010 годом. В большинстве субъектов Российской Федерации наблюдается значительное увеличение количества законченных случаев на один центр здоровья в месяц, однако, имеет место и снижение данного показателя в 18 субъектах.

Субъект Российской Федерации	Количество законченных случаев на 1 центр здоровья в месяц		Изменение количества законченных случаев на 1 центр здоровья в месяц	
	январь-декабрь 2010	январь-сентябрь 2011	абсолютное, руб	относительное
наибольшее увеличение числа законченных случаев на 1 центр здоровья в месяц				
Республика Северная Осетия-Алания	26,0	420,3	394,3	в 16,2 раза
Калининградская область	0,96	9,4	8,44	9,8 раза
Республика Дагестан	80,9	303,2	222,3	3,7 раза
Республика Карелия	118,9	382,6	263,7	3,2 раза
Республика Саха (Якутия)	159,9	380,8	220,9	2,4 раза
Амурская область	320,3	723,2	402,9	2,3 раза
Ненецкий автономный округ	46,8	104,9	58,1	2,2 раза
Свердловская область	223,9	491,7	267,8	2,2 раза
Удмуртская Республика	103,8	219,1	115,3	2,1 раза
наибольшее снижение числа законченных случаев на 1 центр здоровья в месяц				
Магаданская область	328,1	32,4	-295,7	-90,1%
Чукотский автономный округ	20,5	8,9	-11,6	-56,6%
Оренбургская область	514,1	368,2	-145,9	-28,4%
Республика Коми	530,2	396,4	-133,8	-25,2%
Приморский край	153,1	116,4	-36,7	-24,0%

Финансирование медицинской помощи в центрах здоровья осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования, кроме Ненецкого автономного округа, где оплата медицинских услуг осуществляется за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации.

Фактическая сумма средств, направленных на оплату медицинской помощи, оказанной в центрах здоровья за 9 месяцев 2011 года в целом по Российской Федерации увеличилась в 2,4 раза по сравнению с аналогичным периодом прошлого года и составила 1 185 651 791,0 рублей, в том числе на оплату первичных обращений составила 1 101 600 390,8 рублей (92,9%).

За 9 месяцев 2010 года на оплату медицинской помощи, оказанной в центрах здоровья, направлено 485 139 162,8 рублей, из них 461 073 751,1 рублей - на оплату первичных обращений. Увеличение объема финансовых средств, направленных на оплату медицинской помощи, оказанной в центрах здоровья за 9 месяцев 2011 года по сравнению с аналогичным периодом прошлого года, отмечается практически во всех субъектах Российской Федерации. Единственным регионом, в котором произошло снижение объема финансовых средств, направленных на оплату медицинской помощи (-1,1% по законченным случаям) является Республика Чувашия.

За 9 месяцев 2011 года фактическая стоимость одного законченного случая в целом по Российской Федерации составила 490,0 рублей, что не превышает значения, рекомендованного Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации (500 рублей). Превышение рекомендованного значения стоимости одного законченного случая отмечается в 26 субъектах Российской Федерации (Таблица №3).

Наибольшие значения фактической стоимости одного законченного случая (без учета значений районных коэффициентов) отмечены в г.Санкт Петербурге (958,6 руб.), Магаданской области (825,0 руб.), Республике Татарстан (689,0 руб.), Белгородской области (621,6 руб.), г.Москве (587,9 руб.), Ростовской области (544,5 руб.), Амурской области (538,8 руб.).

Наименьшие значения фактической стоимости одного законченного случая (без учета значений районных коэффициентов) – в Республике Саха (Якутия) (104,0 руб.), Республике Ингушетия (143,3 руб.), Мурманской области (164,0 руб.), Республике Тыва (237,3 руб.), Республике Адыгея (238,0 руб.), Кабардино-Балкарской Республике (250,0 руб.), Республике Дагестан (255,1 руб.), Республике Удмуртия (256,9 руб.), Краснодарском крае (257,2 руб.), Республике Коми (261,1 руб.), Кемеровской области (264,8 руб.), Приморском крае (279,9 руб.).

По сравнению с аналогичным периодом прошлого года в большинстве субъектов Российской Федерации отмечается увеличение фактической стоимости одного законченного случая (с учетом значений районных коэффициентов). Снижение стоимости одного законченного случая отмечается в 12 субъектах Российской Федерации, из них наибольшее снижение – в Липецкой области (-23,9%), Челябинской области (-16,1%), Республике Тыва (-15,9%), Смоленской области (-13,7%), Удмуртской Республике (-13,7%), Тамбовской области (-11,5%), Омской области (-10,5%).

Показатели стоимости одного законченного случая комплексного обследования в целом по Российской Федерации распределились следующим образом: 73 субъекта имеют утвержденные показатели стоимости одного законченного случая комплексного обследования для взрослых; 73 субъекта - для детей и 25 субъектов имеют единую стоимость для взрослых и детей.

В Ненецком автономном округе оплата медицинских услуг осуществляется за счет средств бюджета субъекта; в г.Байконур организация центров здоровья не предусмотрена.

Увеличение показателей стоимости одного законченного случая комплексного обследования отмечается:

- для взрослых в 57 субъектах;
- для детей в 54 субъектах;
- для детей и взрослых в 20 субъектах.

Снижение показателей стоимости одного законченного случая комплексного обследования отмечается в следующих субъектах:

- для взрослых на территориях Смоленской, Тамбовской, Астраханской, Челябинской, Омской областей, в Удмуртской Республике, Пермском крае, Чукотском автономном округе;
- для детей на территориях Ивановской, Тамбовской, Астраханской, Челябинской, Омской областей, в республиках Тыва, Хакасия, Удмуртской Республике, Красноярском крае и Чукотском автономном округе;
- для взрослых и детей на территориях республик Тыва и Хакасия.

В ряде субъектов Российской Федерации снижение стоимости одного законченного случая обусловлено более низкими утвержденными тарифами на посещение центров здоровья для детей, введенных в действие в 2011 году.

Таблица №1

Количество посещений, в том числе первичных обращений граждан в центры здоровья

Субъект Российской Федерации	Количество посещений (отчет за период "январь-сентябрь 2010 года")		Количество посещений (отчет за период "январь-сентябрь 2011 года")		Изменение показателей за период "январь-сентябрь 2011 года" по сравнению с периодом "январь-сентябрь 2010 года"			
	Всего	первичных обращений	Всего	первичных обращений	всего посещений		первичных обращений	
					(абс.) гр.4-гр.2	% гр.6/ гр.2*100	(абс.) гр.5-гр.3	% гр.8/ гр.3*100
1	2	3	4	5	6	7	8	9
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	1 318 631	1 170 895	2 766 113	2 270 957	1 447 482	109,8	1 100 062	94,0
Центральный федеральный округ	255 387	212 391	699 620	521 539	444 233	173,9	309 148	145,6
Белгородская область	5 168	4 885	50 419	15 466	45 251	875,6	10 581	216,6
Брянская область	4 218	4 091	10 931	10 784	6 713	159,2	6 693	163,6
Владимирская область	12 466	12 466	23 712	23 712	11 246	90,2	11 246	90,2
Воронежская область	19 826	17 871	54 514	44 002	34 688	175,0	26 131	146,2
Ивановская область	29 743	15 419	49 707	20 435	19 964	67,1	5 016	32,5
Калужская область	3 669	2 582	6 976	6 113	3 307	90,1	3 531	136,8
Костромская область	8 632	6 499	15 460	10 143	6 828	79,1	3 644	56,1
Курская область	13 379	11 744	25 743	20 134	12 364	92,4	8 390	71,4
Липецкая область	8 680	7 960	15 868	15 582	7 188	82,8	7 622	95,8
Московская область	28 709	21 218	93 972	49 258	65 263	227,3	28 040	132,2
Орловская область	2 972	2 253	8 771	5 738	5 799	195,1	3 485	154,7
Рязанская область	5 198	5 195	11 650	11 650	6 452	124,1	6 455	124,3
Смоленская область	6 501	6 501	13 722	12 105	7 221	111,1	5 604	86,2
Тамбовская область	8 041	7 998	14 495	14 353	6 454	80,3	6 355	79,5
Тверская область	2 097	2 037	7 621	6 685	5 524	263,4	4 648	228,2
Тульская область	12 505	6 650	32 245	12 382	19 740	157,9	5 732	86,2
Ярославская область	11 660	7 952	16 950	12 208	5 290	45,4	4 256	53,5
г. Москва	71 923	69 070	246 864	230 789	174 941	243,2	161 719	234,1
Северо-Западный федеральный округ	70 088	61 830	133 438	124 331	63 350	90,4	62 501	101,1
Республика Карелия	1 946	1 946	10 919	10 329	8 973	461,1	8 383	430,8
Республика Коми	12 853	12 853	17 870	17 840	5 017	39,0	4 987	38,8
Архангельская область	4 100	1 687	7 217	5 849	3 117	76,0	4 162	246,7
Вологодская область	5 183	5 176	12 831	12 581	7 648	147,6	7 405	143,1
Калининградская область	640	27	2 617	425	1 977	308,9	398	1474,1
Ленинградская область	4 222	4 161	9 704	9 563	5 482	129,8	5 402	129,8
Мурманская область	5 035	0	11 141	8 416	6 106	121,3	8 416	
Новгородская область	3 299	3 299	10 108	9 216	6 809	206,4	5 917	179,4
Псковская область	3 717	3 714	7 170	7 156	3 453	92,9	3 442	92,7

Субъект Российской Федерации	Количество посещений (отчет за период "январь-сентябрь 2010 года")		Количество посещений (отчет за период "январь-сентябрь 2011 года")		Изменение показателей за период "январь-сентябрь 2011 года" по сравнению с периодом "январь-сентябрь 2010 года"			
	Всего	первич- ных об- ращений	Всего	первич- ных об- ращений	всего посещений		первичных обращений	
					(абс.) гр.4-гр.2	% гр.6/ гр.2*100	(абс.) гр.5-гр.3	% гр.8/ гр.3*100
1	2	3	4	5	6	7	8	9
г. Санкт-Петербург	28 601	28 524	42 883	42 012	14 282	49,9	13 488	47,3
Ненецкий автономный округ**	492	443	978	944	486	98,8	501	113,1
Южный федеральный округ	160 370	152 317	240 551	220 417	80 181	50,0	68 100	44,7
Республика Адыгея	2 462	2 446	3 448	3 378	986	40,0	932	38,1
Республика Калмыкия	2 806	2 804	5 321	4 986	2 515	89,6	2 182	77,8
Краснодарский край	105 957	99 335	140 458	124 932	34 501	32,6	25 597	25,8
Астраханская область	10 021	9 234	12 133	11 841	2 112	21,1	2 607	28,2
Волгоградская область	9 591	8 965	29 314	25 447	19 723	205,6	16 482	183,8
Ростовская область	29 533	29 533	49 877	49 833	20 344	68,9	20 300	68,7
Северо-Кавказский федеральный округ	30 683	19 345	107 752	87 986	77 069	251,2	68 641	354,8
Республика Дагестан	13 930	2 822	30 748	19 099	16 818	120,7	16 277	576,8
Республика Ингушетия	0	0	4 819	3 787	4 819		3 787	
Кабардино-Балкарская Республика	1 551	1 523	4 771	3 735	3 220	207,6	2 212	145,2
Карачаево-Черкесская Республика	281	281	2 341	1 912	2 060	733,1	1 631	580,4
Республика Северная Осетия-Алания	480	478	13 302	11 349	12 822	2671,3	10 871	2274,3
Чеченская Республика	460	416	2 683	2 682	2 223	483,3	2 266	544,7
Ставропольский край	13 981	13 825	49 088	45 422	35 107	251,1	31 597	228,5
Приволжский федеральный округ	429 860	381 655	809 741	671 497	379 881	88,4	289 842	75,9
Республика Башкортостан	108 137	77 054	171 176	100 521	63 039	58,3	23 467	30,5
Республика Марий Эл	2 158	2 158	3 684	3 684	1 526	70,7	1 526	70,7
Республика Мордовия	1 712	1 712	4 450	4 450	2 738	159,9	2 738	159,9
Республика Татарстан	51 735	51 403	66 132	64 751	14 397	27,8	13 348	26,0
Удмуртская Республика	2 384	2 384	14 029	13 803	11 645	488,5	11 419	479,0
Чувашская Республика	42 320	38 990	42 976	37 616	656	1,6	-1 374	-3,5
Пермский край	29 245	28 028	64 432	59 108	35 187	120,3	31 080	110,9
Кировская область	21 696	19 576	28 004	25 035	6 308	29,1	5 459	27,9
Нижегородская область	29 530	26 310	77 758	65 548	48 228	163,3	39 238	149,1
Оренбургская область	5 541	5 379	24 424	19 885	18 883	340,8	14 506	269,7
Пензенская область	29 590	26 344	40 178	38 591	10 588	35,8	12 247	46,5

Субъект Российской Федерации	Количество посещений (отчет за период "январь-сентябрь 2010 года")		Количество посещений (отчет за период "январь-сентябрь 2011 года")		Изменение показателей за период "январь-сентябрь 2011 года" по сравнению с периодом "январь-сентябрь 2010 года"			
	Всего	первичных обращений	Всего	первичных обращений	всего посещений		первичных обращений	
					(абс.) гр.4-гр.2	% гр.6/ гр.2*100	(абс.) гр.5-гр.3	% гр.8/ гр.3*100
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Самарская область	29 133	29 133	97 113	72 526	67 980	233,3	43 393	148,9
Саратовская область	42 676	42 539	123 776	120 098	81 100	190,0	77 559	182,3
Ульяновская область	34 003	30 645	51 609	45 881	17 606	51,8	15 236	49,7
Уральский федеральный округ	126 899	119 375	296 022	240 440	169 123	133,3	121 065	101,4
Курганская область	5 585	5 090	8 224	7 410	2 639	47,3	2 320	45,6
Свердловская область	40 292	38 046	129 175	106 202	88 883	220,6	68 156	179,1
Тюменская область	47 060	44 833	86 169	63 179	39 109	83,1	18 346	40,9
Челябинская область	22 308	20 952	53 811	46 371	31 503	141,2	25 419	121,3
Ханты-Мансийский автономный округ	9 928	8 994	14 388	13 515	4 460	44,9	4 521	50,3
Ямало-Ненецкий автономный округ	1 726	1 460	4 255	3 763	2 529	146,5	2 303	157,7
Сибирский федеральный округ	171 880	155 507	324 462	272 803	152 582	88,8	117 296	75,4
Республика Алтай	2 397	1 803	10 514	3 732	8 117	338,6	1 929	107,0
Республика Бурятия	7 104	6 130	16 439	13 404	9 335	131,4	7 274	118,7
Республика Тыва	3 112	3 040	7 370	7 169	4 258	136,8	4 129	135,8
Республика Хакасия	2 952	2 461	7 549	4 760	4 597	155,7	2 299	93,4
Алтайский край	9 417	9 417	17 017	16 608	7 600	80,7	7 191	76,4
Забайкальский край	15 673	14 542	28 599	24 650	12 926	82,5	10 108	69,5
Красноярский край	28 943	17 497	54 737	27 376	25 794	89,1	9 879	56,5
Иркутская область	9 523	9 523	24 975	22 618	15 452	162,3	13 095	137,5
Кемеровская область	18 649	18 361	27 293	26 903	8 644	46,4	8 542	46,5
Новосибирская область	25 017	24 455	41 461	38 029	16 444	65,7	13 574	55,5
Омская область	43 220	43 220	66 278	66 060	23 058	53,4	22 840	52,8
Томская область	5 873	5 058	22 230	21 494	16 357	278,5	16 436	325,0
Дальневосточный федеральный округ	73 464	68 475	154 527	131 944	81 063	110,3	63 469	92,7
Республика Саха (Якутия)	3 882	3 646	17 248	17 135	13 366	344,3	13 489	370,0
Камчатский край	1 757	1 076	2 147	2 147	390	22,2	1 071	99,5
Приморский край	9 788	7 133	25 425	10 480	15 637	159,8	3 347	46,9
Хабаровский край	38 674	38 412	67 854	67 669	29 180	75,5	29 257	76,2
Амурская область	11 160	10 005	28 462	26 034	17 302	155,0	16 029	160,2
Магаданская область	3 369	3 369	5 490	584	2 121	63,0	-2 785	-82,7
Сахалинская область	4 191	4 191	5 745	5 739	1 554	37,1	1 548	36,9

Субъект Российской Федерации	Количество посещений (отчет за период "январь-сентябрь 2010 года")		Количество посещений (отчет за период "январь-сентябрь 2011 года")		Изменение показателей за период "январь-сентябрь 2011 года" по сравнению с периодом "январь-сентябрь 2010 года"			
	Всего	первичных обращений	Всего	первичных обращений	всего посещений		первичных обращений	
					(абс.) гр.4-гр.2	% гр.6/гр.2*100	(абс.) гр.5-гр.3	% гр.8/гр.3*100
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Еврейская автономная область	539	539	1 995	1 995	1 456	270,1	1 456	270,1
Чукотский автономный округ	104	104	161	161	57	54,8	57	54,8
Байконур*	0	0	0	0	0		0	

*организация центров здоровья в г.Байконур не предусмотрена

** в Ненецком автономном округе оплата медицинских услуг осуществляется за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации

Таблица №2

Количество законченных случаев и среднее количество посещений на один центр здоровья

Субъект Российской Федерации	количество законченных случаев на 1 центр здоровья		среднее количество посещений в день 1 центра здоровья		Изменение показателей за период "январь-сентябрь 2011 года" по сравнению с периодом "январь-сентябрь 2010 года"			
	за период "январь-сентябрь 2010 года"	за период "январь-сентябрь 2011 года"	за период "январь-сентябрь 2010 года"	за период "январь-сентябрь 2011 года"	количество законченных случаев на 1 центр здоровья		среднее количество посещений в день 1 центра здоровья	
					(абс.) гр.3-гр.2	% гр.6/гр.2*100	(абс.) гр.5-гр.4	% гр.8/гр.4*100
1	2	3	4	5	6	7	8	9
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	2 370,2	3 300,8	14,5	21,9	930,6	39,3	7,4	51,0
Центральный федеральный округ	1 539,1	2 774,1	10,1	20,2	1235,0	80,2	10,1	100,0
Белгородская область	1 628,3	2 577,7	9,4	45,7	949,4	58,3	36,3	386,2
Брянская область	1 022,8	1 797,3	5,7	9,9	774,5	75,7	4,2	73,7
Владимирская область	2 493,2	3 387,4	13,6	18,4	894,2	35,9	4,8	35,3
Воронежская область	2 553,0	4 400,2	15,4	29,6	1847,2	72,4	14,2	92,2
Ивановская область	3 854,8	3 405,8	40,4	45,0	-449,0	-11,6	4,6	11,4
Калужская область	645,5	1 222,6	5,0	7,6	577,1	89,4	2,6	52,0
Костромская область	3 249,5	3 381,0	23,5	28,0	131,5	4,0	4,5	19,1
Курская область	2 936,0	4 026,8	18,2	28,0	1090,8	37,2	9,8	53,8
Липецкая область	1 990,0	2 597,0	11,8	14,4	607,0	30,5	2,6	22,0
Московская область	848,7	1 492,7	6,2	15,5	644,0	75,9	9,3	150,0
Орловская область	1 126,5	1 912,7	8,1	15,9	786,2	69,8	7,8	96,3
Рязанская область	1 298,8	2 330,0	7,1	12,7	1031,2	79,4	5,6	78,9

Субъект Российской Федерации	количество законченных случаев на 1 центр здоровья		среднее количество посещений в день 1 центра здоровья		Изменение показателей за период "январь-сентябрь 2011 года" по сравнению с периодом "январь-сентябрь 2010 года"			
	за период "январь-сентябрь 2010 года"	за период "январь-сентябрь 2011 года"	за период "январь-сентябрь 2010 года"	за период "январь-сентябрь 2011 года"	количество законченных случаев на 1 центр здоровья		среднее количество посещений в день 1 центра здоровья	
					(абс.) гр.3-гр.2	% гр.6/ гр.2*100	(абс.) гр.5-гр.4	% гр.8/ гр.4*100
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Смоленская область	2 167,0	3 026,3	11,8	18,6	859,3	39,7	6,8	57,6
Тамбовская область	2 666,0	3 588,3	14,6	19,7	922,3	34,6	5,1	34,9
Тверская область	407,4	1 337,0	2,3	8,3	929,6	228,2	6,0	260,9
Тульская область	1 662,5	1 768,9	17,0	25,0	106,4	6,4	8,0	47,1
Ярославская область	1 590,4	1 526,0	12,7	11,5	-64,4	-4,0	-1,2	-9,4
г. Москва	1 381,4	3 550,6	7,8	20,6	2169,2	157,0	12,8	164,1
Северо-Западный федеральный округ	1 145,0	1 657,7	7,1	9,7	512,7	44,8	2,6	36,6
Республика Карелия	973,0	3 443,0	5,3	19,8	2470,0	253,9	14,5	273,6
Республика Коми	4 284,3	3 568,0	23,3	19,4	-716,3	-16,7	-3,9	-16,7
Архангельская область	337,4	835,6	4,5	5,6	498,2	147,7	1,1	24,4
Вологодская область	1 294,0	2 096,8	7,0	11,6	802,8	62,0	4,6	65,7
Калининградская область	6,8	85,0	0,9	2,8	78,2	1150,0	1,9	211,1
Ленинградская область	832,2	1 366,1	4,6	7,5	533,9	64,2	2,9	63,0
Мурманская область	0,0	1 402,7	6,8	10,1	1402,7		3,3	48,5
Новгородская область	1 649,5	3 072,0	9,0	18,3	1422,5	86,2	9,3	103,3
Псковская область	1 857,0	2 385,3	10,1	13,0	528,3	28,4	2,9	28,7
г. Санкт-Петербург	1 296,5	1 448,7	7,1	8,0	152,2	11,7	0,9	12,7
Ненецкий автономный округ**	443,0	944,0	2,7	5,3	501,0	113,1	2,6	96,3
Южный федеральный округ	4 008,3	4 158,8	22,9	24,7	150,5	3,8	1,8	7,9
Республика Адыгея	2 446,0	1 689,0	13,4	9,4	-757,0	-30,9	-4,0	-29,9
Республика Калмыкия	2 804,0	2 493,0	15,3	14,5	-311,0	-11,1	-0,8	-5,2
Краснодарский край	7 641,2	7 348,9	44,3	44,9	-292,3	-3,8	0,6	1,4
Астраханская область	3 078,0	2 960,3	18,2	16,5	-117,7	-3,8	-1,7	-9,3
Волгоградская область	996,1	2 120,6	5,8	13,3	1124,5	112,9	7,5	129,3
Ростовская область	2 684,8	3 114,6	14,6	16,9	429,8	16,0	2,3	15,8
Северо-Кавказский федеральный округ	967,3	2 932,9	8,3	19,5	1965,6	203,2	11,2	134,9
Республика Дагестан	403,1	2 728,4	10,8	23,9	2325,3	576,9	13,1	121,3
Республика Ингушетия	0,0	1 893,5	0,0	13,1	1893,5		13,1	
Кабардино-Балкарская Республика	761,5	1 867,5	4,2	13,0	1106,0	145,2	8,8	209,5

Субъект Российской Федерации	количество законченных случаев на 1 центр здоровья		среднее количество посещений в день 1 центра здоровья		Изменение показателей за период "январь-сентябрь 2011 года" по сравнению с периодом "январь-сентябрь 2010 года"			
	за период "январь-сентябрь 2010 года"	за период "январь-сентябрь 2011 года"	за период "январь-сентябрь 2010 года"	за период "январь-сентябрь 2011 года"	количество законченных случаев на 1 центр здоровья		среднее количество посещений в день 1 центра здоровья	
					(абс.) гр.3-гр.2	% гр.6/ гр.2*100	(абс.) гр.5-гр.4	% гр.8/ гр.4*100
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Карачаево-Черкесская Республика	281,0	956,0	1,5	6,4	675,0	240,2	4,9	326,7
Республика Северная Осетия-Алания	239,0	3 783,0	1,3	24,1	3544,0	1482,8	22,8	1753,8
Чеченская Республика	416,0	670,5	2,5	3,6	254,5	61,2	1,1	44,0
Ставропольский край	1 975,0	4 542,2	10,9	26,7	2567,2	130,0	15,8	145,0
Приволжский федеральный округ	3 741,7	4 631,0	22,9	30,4	889,3	23,8	7,5	32,8
Республика Башкортостан	6 421,2	5 913,0	49,0	54,7	-508,2	-7,9	5,7	11,6
Республика Марий Эл	1 079,0	1 228,0	5,9	6,7	149,0	13,8	0,8	13,6
Республика Мордовия	856,0	1 483,3	4,7	8,1	627,3	73,3	3,4	72,3
Республика Татарстан	3 671,6	3 083,4	20,1	17,1	-588,2	-16,0	-3,0	-14,9
Удмуртская Республика	476,8	1 971,9	2,6	10,9	1495,1	313,6	8,3	319,2
Чувашская Республика	7 798,0	6 269,3	46,0	38,9	-1528,7	-19,6	-7,1	-15,4
Пермский край	2 802,8	4 222,0	15,9	25,0	1419,2	50,6	9,1	57,2
Кировская область	3 915,2	3 576,4	23,6	21,7	-338,8	-8,7	-1,9	-8,1
Нижегородская область	2 192,5	3 449,9	13,4	22,2	1257,4	57,4	8,8	65,7
Оренбургская область	1 075,8	3 314,2	6,0	22,1	2238,4	208,1	16,1	268,3
Пензенская область	6 586,0	6 431,8	40,2	36,4	-154,2	-2,3	-3,8	-9,5
Самарская область	2 427,8	4 532,9	13,2	33,0	2105,1	86,7	19,8	150,0
Саратовская область	4 726,6	9 238,3	25,8	51,7	4511,7	95,5	25,9	100,4
Ульяновская область	6 129,0	6 554,4	37,0	40,1	425,4	6,9	3,1	8,4
Уральский федеральный округ	2 131,7	3 293,7	12,3	22,0	1162,0	54,5	9,7	78,9
Курганская область	2 545,0	2 470,0	15,2	14,9	-75,0	-2,9	-0,3	-2,0
Свердловская область	2 113,7	4 425,1	12,2	29,3	2311,4	109,4	17,1	140,2
Тюменская область	3 448,7	4 512,8	19,7	33,5	1064,1	30,9	13,8	70,1
Челябинская область	1 496,6	2 440,6	8,7	15,4	944,0	63,1	6,7	77,0
Ханты-Мансийский автономный округ	1 284,9	1 351,5	7,7	7,8	66,6	5,2	0,1	1,3
Ямало-Ненецкий автономный округ	730,0	1 254,3	4,7	7,7	524,3	71,8	3,0	63,8
Сибирский федеральный округ	2 508,2	3 100,0	15,1	20,0	591,8	23,6	4,9	32,5

Субъект Российской Федерации	количество законченных случаев на 1 центр здоровья		среднее количество посещений в день 1 центра здоровья		Изменение показателей за период "январь-сентябрь 2011 года" по сравнению с периодом "январь-сентябрь 2010 года"			
	за период "январь-сентябрь 2010 года"	за период "январь-сентябрь 2011 года"	за период "январь-сентябрь 2010 года"	за период "январь-сентябрь 2011 года"	количество законченных случаев на 1 центр здоровья		среднее количество посещений в день 1 центра здоровья	
					(абс.) гр.3-гр.2	% гр.6/ гр.2*100	(абс.) гр.5-гр.4	% гр.8/ гр.4*100
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Республика Алтай	1 803,0	1 866,0	13,0	28,6	63,0	3,5	15,6	120,0
Республика Бурятия	3 065,0	4 468,0	19,3	29,8	1403,0	45,8	10,5	54,4
Республика Тыва	3 040,0	3 584,5	16,9	20,0	544,5	17,9	3,1	18,3
Республика Хакасия	2 461,0	2 380,0	16,0	20,5	-81,0	-3,3	4,5	28,1
Алтайский край	1 569,5	2 768,0	8,5	15,4	1198,5	76,4	6,9	81,2
Забайкальский край	4 847,3	4 930,0	28,4	31,1	82,7	1,7	2,7	9,5
Красноярский край	1 944,1	1 955,4	17,5	21,2	11,3	0,6	3,7	21,1
Иркутская область	1 058,1	1 507,9	5,8	9,0	449,8	42,5	3,2	55,2
Кемеровская область	1 836,1	1 921,6	10,1	10,6	85,5	4,7	0,5	5,0
Новосибирская область	2 717,2	3 169,1	15,1	18,8	451,9	16,6	3,7	24,5
Омская область	5 402,5	7 340,0	29,4	40,0	1937,5	35,9	10,6	36,1
Томская область	1 686,0	5 373,5	10,6	30,2	3687,5	218,7	19,6	184,9
Дальневосточный федеральный округ	2 853,1	3 665,1	16,6	23,3	812,0	28,5	6,7	40,4
Республика Саха (Якутия)	1 215,3	3 427,0	7,0	18,7	2211,7	182,0	11,7	167,1
Камчатский край	1 076,0	1 073,5	9,5	5,8	-2,5	-0,2	-3,7	-38,9
Приморский край	1 019,0	1 048,0	7,6	13,8	29,0	2,8	6,2	81,6
Хабаровский край	6 402,0	8 458,6	35,0	46,1	2056,6	32,1	11,1	31,7
Амурская область	5 002,5	6 508,5	30,3	38,7	1506,0	30,1	8,4	27,7
Магаданская область	3 369,0	292,0	18,3	14,9	-3077,0	-91,3	-3,4	-18,6
Сахалинская область	2 095,5	2 869,5	11,4	15,6	774,0	36,9	4,2	36,8
Еврейская автономная область	539,0	1 995,0	2,9	10,8	1456,0	270,1	7,9	272,4
Чукотский автономный округ	104,0	80,5	0,6	0,4	-23,5	-22,6	-0,2	-33,3
Байконур*	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	

*организация центров здоровья в г.Байконур не предусмотрена

** в Ненецком автономном округе оплата медицинских услуг осуществляется за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации

**Фактическая стоимость одного законченного случая комплексного обследования
в Центрах здоровья за январь-сентябрь 2010 и 2011 годов**

Субъект Российской Федерации	стоимость 1 законченного случая (руб.)		изменение стоимости 1 законченного случая		стоимость 1 законченного случая без учета районных коэффициентов	
	за январь- сентябрь 2010 года (факт)	за январь- сентябрь 2011 года (факт)	абсолютное, руб. гр.3-гр.2	относитель- ное, % (гр.3-гр.2)/ гр.2*100	значения рай- онных коэф- фициентов для использования в 2011 году	стоимость 1 законченного случая (руб., факт)
1	2	3	4	5	6	7
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	405,4	490,0	84,6	20,9	1,1556	424,0
Центральный федераль- ный округ	369,2	409,9	40,7	11,0	1,0000	409,9
Белгородская область	390,7	621,6	230,9	59,1	1,0000	621,6
Брянская область	388,5	407,9	19,4	5,0	1,0000	407,9
Владимирская область	428,0	419,0	-9,0	-2,1	1,0000	419,0
Воронежская область	407,2	407,2	0,0	0,0	1,0000	407,2
Ивановская область	425,0	439,4	14,4	3,4	1,0000	439,4
Калужская область	265,9	362,7	96,8	36,4	1,0000	362,7
Костромская область	377,5	420,2	42,7	11,3	1,0000	420,2
Курская область	341,2	341,2	0,0	0,0	1,0000	341,2
Липецкая область	368,4	280,3	-88,1	-23,9	1,0000	280,3
Московская область	334,8	482,5	147,7	44,1	1,0000	482,5
Орловская область	320,4	331,2	10,8	3,4	1,0000	331,2
Рязанская область	400,0	402,3	2,3	0,6	1,0000	402,3
Смоленская область	500,0	431,6	-68,4	-13,7	1,0000	431,6
Тамбовская область	309,7	274,2	-35,5	-11,5	1,0000	274,2
Тверская область	340,0	356,0	16,0	4,7	1,0000	356,0
Тульская область	262,7	313,2	50,5	19,2	1,0000	313,2
Ярославская область	312,0	500,0	188,0	60,3	1,0000	500,0
г. Москва	474,0	587,9	113,9	24,0	1,0000	587,9
Северо-Западный федеральный округ	460,8	541,8	81,0	17,6	1,2616	429,5
Республика Карелия	507,0	661,2	154,2	30,4	1,7534	377,1
Республика Коми	391,5	493,2	101,7	26,0	1,8892	261,1
Архангельская область	556,1	586,1	30,0	5,4	1,8179	322,4
Вологодская область	500,0	500,0	0,0	0,0	1,1756	425,3
Калининградская область	330,4	520,0	189,6	57,4	1,0000	520,0
Ленинградская область	446,2	452,3	6,1	1,4	1,0000	452,3
Мурманская область	0,0	361,2	361,2		2,2023	164,0

Субъект Российской Федерации	стоимость 1 законченного случая (руб.)		изменение стоимости 1 законченного случая		стоимость 1 законченного случая без учета районных коэффициентов	
	за январь- сентябрь 2010 года (факт)	за январь- сентябрь 2011 года (факт)	абсолютное, руб. гр.3-гр.2	относитель- ное, % (гр.3-гр.2)/ гр.2*100	значения рай- онных коэф- фициентов для использования в 2011 году	стоимость 1 законченного случая (руб., факт)
1	2	3	4	5	6	7
Новгородская область	472,4	500,8	28,4	6,0	1,0000	500,8
Псковская область	320,7	385,0	64,3	20,0	1,0000	385,0
г. Санкт-Петербург	622,9	958,6	335,7	53,9	1,0000	958,6
Ненецкий автономный округ**	0,0	0,0	0,0		2,3000	0,0
Южный федеральный округ	313,8	385,3	71,5	22,8	1,0039	383,8
Республика Адыгея	233,7	238,0	4,3	1,8	1,0000	238,0
Республика Калмыкия	101,4	435,7	334,3	329,7	1,0699	407,2
Краснодарский край	247,5	257,2	9,7	3,9	1,0000	257,2
Астраханская область	424,0	410,3	-13,7	-3,2	1,0000	410,3
Волгоградская область	385,4	423,9	38,5	10,0	1,0000	423,9
Ростовская область	491,0	546,6	55,6	11,3	1,0039	544,5
Северо-Кавказский федеральный округ	249,0	303,4	54,4	21,8	1,0080	301,0
Республика Дагестан	257,3	257,3	0,0	0,0	1,0087	255,1
Республика Ингушетия	0,0	143,3	143,3		1,0000	143,3
Кабардино-Балкарская Республика	170,0	250,0	80,0	47,1	1,0000	250,0
Карачаево-Черкесская Республика	310,0	328,4	18,4	5,9	1,0000	328,4
Республика Северная Осетия-Алания	106,0	380,7	274,7	259,2	1,0268	370,8
Чеченская Республика	330,4	330,4	0,0	0,0	1,0000	330,4
Ставропольский край	320,0	434,0	114,0	35,6	1,0041	432,2
Приволжский федеральный округ	345,4	430,8	85,4	24,7	1,0593	406,7
Республика Башкортостан	290,5	448,3	157,8	54,3	1,1500	389,8
Республика Марий Эл	309,4	309,4	0,0	0,0	1,0000	309,4
Республика Мордовия	220,0	350,0	130,0	59,1	1,0000	350,0
Республика Татарстан	390,9	689,0	298,1	76,3	1,0000	689,0
Удмуртская Республика	342,2	295,4	-46,8	-13,7	1,1500	256,9
Чувашская Республика	391,3	421,8	30,5	7,8	1,0000	421,8
Пермский край	392,9	460,9	68,0	17,3	1,1583	397,9
Кировская область	271,5	333,1	61,6	22,7	1,0909	305,3
Нижегородская область	362,6	514,4	151,8	41,9	1,0133	507,6

Субъект Российской Федерации	стоимость 1 законченного случая (руб.)		изменение стоимости 1 законченного случая		стоимость 1 законченного случая без учета районных коэффициентов	
	за январь- сентябрь 2010 года (факт)	за январь- сентябрь 2011 года (факт)	абсолютное, руб. гр.3-гр.2	относитель- ное, % (гр.3-гр.2)/ гр.2*100	значения рай- онных коэф- фициентов для использования в 2011 году	стоимость 1 законченного случая (руб., факт)
1	2	3	4	5	6	7
Оренбургская область	266,0	365,5	99,5	37,4	1,1500	317,8
Пензенская область	127,9	331,6	203,7	159,3	1,0226	324,3
Самарская область	476,7	511,7	35,0	7,3	1,0000	511,7
Саратовская область	500,0	500,0	0,0	0,0	1,0010	499,5
Ульяновская область	493,4	500,0	6,6	1,3	1,0000	500,0
Уральский федеральный округ	467,7	476,1	8,4	1,8	1,3228	359,9
Курганская область	425,9	425,9	0,0	0,0	1,1500	370,3
Свердловская область	498,0	542,3	44,3	8,9	1,1694	463,7
Тюменская область	516,7	520,0	3,3	0,6	1,1500	452,2
Челябинская область	529,0	444,0	-85,0	-16,1	1,1500	386,1
Ханты-Мансийский автономный округ	0,0	555,1	555,1		1,9960	278,1
Ямало-Ненецкий автономный округ	369,0	369,0	0,0	0,0	2,3000	160,4
Сибирский федеральный округ	455,7	502,3	46,6	10,2	1,4094	356,4
Республика Алтай	541,6	602,0	60,4	11,2	1,5380	391,4
Республика Бурятия	518,0	546,7	28,7	5,5	1,5244	358,6
Республика Тыва	542,3	456,3	-86,0	-15,9	1,9229	237,3
Республика Хакасия	574,0	538,8	-35,2	-6,1	1,6000	336,8
Алтайский край	375,0	390,4	15,4	4,1	1,2108	322,4
Забайкальский край	509,3	577,8	68,5	13,4	1,5187	380,5
Красноярский край	394,0	493,9	99,9	25,4	1,6525	298,9
Иркутская область	244,8	464,1	219,3	89,6	1,5745	294,8
Кемеровская область	326,7	344,2	17,5	5,4	1,3000	264,8
Новосибирская область	425,9	543,9	118,0	27,7	1,2000	453,3
Омская область	495,9	444,0	-51,9	-10,5	1,1500	386,1
Томская область	520,4	625,0	104,6	20,1	1,5672	398,8
Дальневосточный федеральный округ	579,8	892,5	312,7	53,9	1,8044	494,6
Республика Саха (Якутия)	246,9	237,9	-9,0	-3,6	2,2883	104,0
Камчатский край	626,0	914,8	288,8	46,1	2,4129	379,1
Приморский край	331,2	428,7	97,5	29,4	1,5316	279,9
Хабаровский край	644,4	690,7	46,3	7,2	1,6372	421,9

Субъект Российской Федерации	стоимость 1 законченного случая (руб.)		изменение стоимости 1 законченного случая		стоимость 1 законченного случая без учета районных коэффициентов	
	за январь- сентябрь 2010 года (факт)	за январь- сентябрь 2011 года (факт)	абсолютное, руб. гр.3-гр.2	относитель- ное, % (гр.3-гр.2)/ гр.2*100	значения рай- онных коэф- фициентов для использования в 2011 году	стоимость 1 законченного случая (руб., факт)
1	2	3	4	5	6	7
Амурская область	751,0	860,4	109,4	14,6	1,5970	538,8
Магаданская область	253,3	2065,2	1811,9	715,3	2,5033	825,0
Сахалинская область	452,0	936,0	484,0	107,1	1,9747	474,0
Еврейская автономная область	467,5	485,3	17,8	3,8	1,5592	311,2
Чукотский автономный округ	1446,2	1413,2	-33,0	-2,3	3,0000	471,1

*организация центров здоровья в г.Байконур не предусмотрена

** в Ненецком автономном округе оплата медицинских услуг осуществляется за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации

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 Radiokologie:
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