

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ

ISSN 2221-9943

МЕДИЦИНСКОЕ

СТРАХОВАНИЕ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ
Ф О Н Д
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

6 – 2012

Совещание о реализации региональных программ модернизации здравоохранения в 2011-2012 годах

Федеральный закон «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2011 год»

Расширенное совещание Совета директоров фондов ОМС



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
СТРАХОВАНИЕ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

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

**НАУЧНО–ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
№ 6, 2012**

**«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»
№ 6, 2012**

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
Н.Н. Стадченко – Председатель ФОМС

Заместитель председателя редакционного совета
А.В. Юрин – Заместитель министра здравоохранения Российской Федерации

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)
С.А. Карчевская – заместитель Председателя ФОМС
М.А. Ковалевский – Профессор кафедры управления и экономики здравоохранения НИУ ВШЭ
О.А. Константинова – Заместитель директора Департамента развития фармацевтического рынка и рынка медицинской техники Министерства здравоохранения Российской Федерации

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 – заместитель Председателя ФОМС
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 «Издательство «Офтальмология», к.п.н.

Учредители: Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
Дом печати «Столичный бизнес»

Журнал издается ООО «Издательство «Офтальмология»

Номер подписан в печать 12.12.2012 года, Тираж: 2000 экз.

Формат: 205 x 275 мм, Объем: 78 полос

Адрес редакции: ООО «Издательство «Офтальмология»
127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59А, Тел.: (499) 488-89-25
E-mail: publish_mntk@mail.ru; journal-oms@yandex.ru (для отправки статей)
Internet: www.omsjournal.ru

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

© «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации», 2012

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

**«OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE
IN THE RUSSIAN FEDERATION»
№ 6?, 2012**

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
N.N. Stadchenko – Chairman of the Federal compulsory health insurance fund

Deputy Chairman of Editorial Board
A.V. Yurin – Deputy Minister of Healthcare of Russian Federation

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)

S.A. Karchevskaya – Deputy Chairman of the FCHIF

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

O.A. Konstantinova – Deputy Director of the Department for Development of Pharmaceutical Market and Market of Medical Equipment of the Ministry of Public Health 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 – Deputy Chairman of the FCHIF

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. Tsareva – MD, PhD, Head of the Department for Modernization of OMI System, 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, PhD (in Pedagogic Sciences) – Director General of the Publishing House "Oftalmologiya" Ltd.

Founders: Federal compulsory health insurance fund
House of Press «Metropolitan Business»

The Journal is issued by the Publishing House «Oftalmologiya» Ltd.

The issue is passed for printing 12.12.2012, Circulation: 2000 copies

Format: 205 x 275 mm, Volume: 78 type pages

Address of Editorial Office: The Publishing House «Oftalmologiya» Ltd.
59A, Besludnikovskiy Blvd., Moscow 127486, Russia Tel.: +7 (499) 488-89-25
E-mail: publish_mntk@mail.ru; journal-oms@yandex.ru (for articles submission)
Internet: 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», 2012

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



СОДЕРЖАНИЕ

ОФИЦИАЛЬНО | НОВОСТИ

Совещание о реализации региональных программ модернизации здравоохранения в 2011-2012 годах 4

Рабочая встреча Председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко и Генерального секретаря Международной ассоциации социального обеспечения (МАСО) Ханса-Хорста Конколевски 14

Новые кадровые назначения 16

О включении журнала «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации» в Перечень российских рецензируемых научных журналов 16

БЮДЖЕТ ФОМС-2011

И.В. Соколова

Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2011 год

I.V. Sokolova

About fulfillment of the budget of the Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance for the year 2011 17

Рязанский В.В

Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2011 год 20

Федеральный закон от 2 октября 2012 г. № 154-ФЗ «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2011 год» 22

СОВЕТ ДИРЕКТОРОВ ФОНДОВ ОМС

Расширенное совещание Совета директоров фондов ОМС 32

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ

С.Г. Кравчук

О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов 42

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

Реализацию закона ФЗ №326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» обсудили в рамках научно-практической конференции. 54

КОНТРОЛЬНО-РЕВИЗИОННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В СИСТЕМЕ ОМС

И.О. Трясучев, Н.Н. Михайленко, Е.В. Корда

Контрольная деятельность Федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования

I.O. Tryasuchev, N.N. Mikhaylenko, E.V. Korda

Control activity of the Federal and territorial foundations of obligatory medical 58

ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

В.А. Шелякин, Н.Г.Титкова, Е.А. Петрова

Опыт работы ТФОМС Свердловской области в условиях реализации закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29 ноября 2010 г. №326-ФЗ в части порядка выдачи полисов ОМС единого образца

V.A. Shelyakin, N. G. Titkova, E.A. Petrova

Sverdlovsk region TFOMI work experience in conditions of realization of law «About obligatory medical insurance in Russian Federation» dated 29.11.2010 №326-FL in the part about order of OMI issue 64

ЭКСПЕРТНЫЕ МНЕНИЯ

О повышении заработной платы работников государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения в системе ОМС 68

Медицинское страхование для оказания стоматологической помощи в рамках программы ОМС 69

Реализация мероприятий по долечиванию (реабилитации) работающих граждан в условиях санатория в рамках программы ОМС 70

Больница им.проф. С.В. Очаповского вошла в 100 лучших клиник мира по организации медицинской помощи кардиологическим больным 71

ДАЙДЖЕСТ НОВОСТЕЙ

Обязательное медицинское страхование и социальная политика в СМИ. 72

Совещание о реализации региональных программ модернизации здравоохранения в 2011-2012 годах

31 октября 2012 года, Московская область, Ново-Огарёво



В.В. Путин: «Наши цели в сфере здравоохранения хорошо известны. Это прежде всего улучшение обслуживания населения, наших граждан, улучшение их здоровья, повышение продолжительности жизни, снижение смертности, улучшение демографии. Решение всех этих задач имеет принципиальное значение для государства. Но понятно, что решать эти вопросы можно исключительно на современном, технологичном медицинском оборудовании и при наличии подготовленных на самом высоком уровне медицинских работников».

В ходе встречи подведены промежуточные итоги реализации программ. Обсуждалось, в частности, строительство новых и обновление материально-технической базы действующих лечебных учреждений, улучшение качества медицинского обслуживания граждан, повышение заработной платы медицинских работников.

В.В. Путин: Наши цели в сфере здравоохранения хорошо известны. Это прежде всего улучшение обслуживания населения, наших граждан, улучшение их здоровья, повышение продолжительности жизни, снижение смертности, улучшение демографии. Решение всех этих задач имеет принципиальное значение для государства. Но понятно, что решать эти вопросы можно исключительно на современном, технологичном медицинском оборудовании и при наличии подготовленных на самом высоком уровне медицинских работников.

Конечно, качество медицинской помощи в первую очередь зависит от уровня подготовки врачей, квалификации других медицинских работников, их ответственного отношения к своему делу, к своим пациентам. Этот труд должен и оплачиваться достойно. Одна из задач внедрения стандартов медицинской помощи как раз в том и заключается, чтобы обеспечить повышение заработной платы медицинских работников. Причём основываясь на принципе, что лучшая, качественная работа должна и лучше оплачиваться.

Работа по поэтапному увеличению зарплат в здравоохранении идёт. Согласно нашим планам, напомним, к 2018 году средняя зарплата врача должна в два раза превышать среднюю зарплату в соответствующем регионе. Сейчас не буду перечислять, где и как у нас зарплата движется вверх, движение действительно есть. Может быть, хотелось бы больше, но в целом работа в этом отношении идёт.

Конечно же, важнейшая задача региональных программ – привести в порядок здания больниц и поликлиник, соответствующих учреждений в сельской местности, закупить новое диагностическое и лечебное оборудование, внедрить информационные технологии, которые упростят запись на приём и избавят врачей от излишней бумажной волокиты, а людей, кстати говоря, – от излишнего стояния в очередях.

В общей сложности в течение 2011-го и 2012 годов, напомним, на эти цели мы дополнительно выделили 460 миллиардов рублей. Плюс к этому ещё 174 миллиарда рублей были направлены на эти цели дополнительно регионами Российской Федерации. В целом у нас получилась программа объёмом 630 миллиардов. Это чуть ниже, чем приоритетная программа здравоохранения, которую мы осуществляли в предыдущие годы. Но цифры сопоставимы: там было 700 с небольшим миллиардов. Это существенным образом подняло возможности регионов Российской Федерации в сфере здравоохранения. Естественно, эти значительные средства должны сработать с максимальной отдачей.

Напомним, что 107 новых медицинских учреждений должны быть построены; более чем 3,5 тысячи (3600)

должны быть капитально отремонтированы. Намечается укомплектовать оборудованием 5,5 тысячи медицинских организаций.

До завершения работы по программам осталось, как мы понимаем, не так много времени. В этой связи обращаю внимание руководителей органов власти субъектов Федерации на необходимость строго соблюдать графики работ. В том числе по закупкам медицинского оборудования. Все процедуры по контрактам должны быть завершены в самое ближайшее время. По разным регионам – разные ситуации: все сейчас не буду приводить, справка у нас есть.

В ходе совещания хотел бы услышать доклад о том, как продвигается исполнение программ, как реализуются контракты, все ли мероприятия будут исполнены в срок. Если есть какие-то сбои, давайте об этом прямо, честно скажем, подумаем о том, что нужно сделать для того, чтобы ситуацию исправить. Главное – хотел бы услышать о конкретных результатах: насколько увеличилась материально-техническая база здравоохранения, отвечает ли состояние больниц и поликлиник современным требованиям, и в итоге – насколько улучшилось качество обслуживания наших граждан.

Что ещё хотел бы подчеркнуть. С формальным завершением региональных программ модернизации здравоохранения работа по повышению качества оказания медицинской помощи гражданам, разумеется, не должна останавливаться. Перед Правительством стоят задачи по подготовке и реализации долгосрочной государственной программы «Развитие здравоохранения».

Рассчитываю, что активная работа будет продолжена и на региональном уровне. Разумеется, с учётом опыта исполнения программ модернизации здравоохранения в 2011–2012 годах.

В режиме видеоконференции:

С.С. Собянин, мэр Москвы:

Я нахожусь в Первой Градской больнице, в кардиологическом корпусе. Должен сказать, что в этом корпусе в своё время работала Вероника Игоревна, она, наверное, хорошо помнит, в каком он был состоянии. К сожалению, он, конечно, морально и физически устарел, были палаты на восемь человек, рентгеновое оборудование, Вы сами видели, конца 70-х годов. Конечно, это никоим образом не отвечало требованиям современной медицины.

Был проведён полный капитальный ремонт, остались, по сути дела, только стены, и на этой базе создан современный региональный сосудистый центр, который отвечает всем мировым стандартам. Уже 500 пациентов пролечились в этом центре, и должен сказать, что каче-



ство лечения совершенно другое. Например, по основному показателю этой клиники летальные исходы от инфаркта миокарда снизились в два раза. Это, конечно, значимый показатель.

В целом по Первой Градской больнице, поставлено уже около 2 тысяч единиц оборудования. Полностью заменяется устаревшее оборудование, которое было в этой клинике. Показатели за два года также разительно начали меняться. Например, летальные исходы с 2010 года уменьшились на 40 процентов, а количество пациентов в то же время выросло на 20 процентов. Это показатели, которые в той или иной мере характерны для всего здравоохранения Москвы.

За время реализации программы модернизации здравоохранения мы видим очевидный положительный эффект. Смертность в целом по городу сократилась на 17 процентов. В частности, от онкологических заболеваний – на 9, от болезней кровообращения – на 18, от болезней органов пищеварения – на 15, от транспортных травм – на 27 процентов. Это, конечно, положительная динамика, которая должна быть не только закреплена, но и дальше с учётом того, что мы находимся в активной стадии реализации программы, наращиваться.

По количественным показателям. В программе было задействовано 103 миллиарда рублей, выделенных на программу. Из них 48 – федеральных средств. При этом помимо этой программы выделено ещё 22 миллиарда на благоустройство, на фасады зданий, на текущий ремонт. Всего в целом в этой программе было задействовано 725 учреждений. Завершается ремонт в 300 учреждениях. Проведён текущий ремонт в 700 учреждениях, введено 12 новых объектов здравоохранения.

Кроме того, в поликлиниках, во всех поликлиниках, во взрослых поликлиниках создана система электронной записи к врачу. Буквально за несколько месяцев её работы уже 40 процентов всех граждан, которые обращаются в поликлиники, были записаны, не обращаясь в регистратуру, а с помощью или колл-центра, или электронной записи. Это тоже на самом деле очень полезное мероприятие, потому что мы теперь чётко видим, насколько долго приходится пациенту ждать в очереди и как задействованы сами врачи. То есть это с точки зрения и обслуживания пациентов, и управленческих эффектов хорошее мероприятие.

Внедрено 57 новых стандартов. Должен сказать, что по плану у нас было 27. В этих мероприятиях было задействовано 74 учреждения. Что это дало? Как Вы и сказали, Владимир Владимирович, действительно увеличивается и производительность труда, и количество пролечённых пациентов увеличилось на 15 процентов, и заработная плата врачей, которые в этом эксперименте участвуют, увеличилась на 29 процентов. Это тоже значимый эффект. Не только в Первой Градской, но и во всех клиниках меняется устаревшее оборудование на новое.

В настоящее время кассовое освоение по программе составляет 65 процентов. Это закономерный вопрос, потому что у нас осталось всего два месяца для завершения

программы, и, казалось бы, объём исполнения должен быть выше, чем 65 процентов. Я хочу показать на примере реализации оборудования. У нас было по плану на оборудование 44 миллиарда. Мы освоили кассовым исполнением 28 миллиардов, то есть 64 с небольшим процента. Почему? Потому что во время торгов и подготовки торгов мы сэкономили 12 миллиардов, то есть это примерно 30 процентов от общих затрат на оборудование. Если бы мы не сэкономили, то у нас выполнение было бы 90 процентов. Но мы все понимаем хорошо, что тогда бы просто недополучили огромное количество оборудования. Так что за счёт экономии на торгах мы получим не 46 тысяч единиц оборудования, как по плану, а около 60 тысяч.

Можно привести пример конкретно из оборудования. Например, компьютерные томографы. По плану мы должны получить 54, а за счёт экономии приобретаем 108, то есть практически в два раза, аппаратов МРТ – 34 по плану, приобретаем 72. Оборудование для перинатальных центров: вместо 4 закупаем 6 тысяч за те же деньги. Но, конечно, для этого потребовалось снова реформатировать государственные контракты, снова их выставить на торги, пройти все бюджетные процедуры, поэтому в этой части сэкономленных средств идёт небольшая задержка.

Тем не менее, мы по сэкономленным деньгам заключим контракты, и в основном всё оборудование физически уже будет поставлено в Москву. Последние расчёты с поставщиками по этим сэкономленным средствам будут закончены где-то в январе-феврале. Поэтому просьба и к Министерству здравоохранения, и к Министерству финансов, чтобы оставили у города эти средства, чтобы мы закончили расчёты с поставщиками.

Должен сказать, что в целом мы, конечно, все плановые показатели, которые предусмотрены программами модернизации, выполним. Более того, в городе принята пятилетняя программа модернизации столичного здравоохранения до 2016 года, так что с окончанием этой двухлетней программы мы не прекращаем работы по модернизации совершенствования здравоохранения в Москве.



М.В. ИГНАТЬЕВ, глава Чувашской Республики: Благодаря программе модернизации здравоохранения в Чувашской Республике происходят позитивные изменения и создаются соответствующие блага для жителей. Общая сумма финансирования программы составляет 4 миллиарда 554 миллиона 700 тысяч рублей. Я хочу выразить слова

благодарности от жителей республики Вам, глубокоуважаемый Владимир Владимирович, и коллегам за финансовую поддержку, которая на самом деле свидетельствует о нашей совместной эффективной работе.

По состоянию на сегодня освоено 90 процентов от поступивших средств и 80 процентов от плана. Главный

результат этой работы – улучшение показателя здоровья населения, стабилизация демографической ситуации и ожидаемая продолжительность жизни составила у нас 70,6 года. Впервые за 20 лет в республике зарегистрирован естественный прирост населения, плюс 0,7 на одну тысячу населения, в прошлом году было минус 0,7, то есть картина изменилась в лучшую сторону. Этот демографический показатель мы планируем сохранить в будущем.

Меры социальной поддержки, направленные на стимулирование рождаемости (предоставление земельных участков многодетным семьям, республиканский материнский капитал) способствовали рождению третьих и последующих детей.

Хочу отметить, что в семьях жителей республики стало рождаться больше и вторых детей. По сравнению с 2010 годом увеличилось число детей, родившихся вторыми и последующими на 22,1 процента. Поддержка данных семей будет продолжена в соответствии с Вашим указом от 7 мая текущего года. С 1 января 2013 года каждая семья, чей среднедушевой доход ниже среднедушевого по республике, будет ежемесячно получать по 5200 рублей на третьего ребёнка или последующих детей. Все решения на законодательном уровне приняты, и в проекте бюджета на 2013 год эти средства заложены.

В регионе также достигнуты целевые значения показателей смертности от болезней системы кровообращения, новообразований, туберкулёза. Особое внимание в республике уделяется модернизации службы охраны материнства и детства, на финансирование которой за два года направлено почти 28 процентов от общего количества выделенных средств. В республике отремонтированы и оснащены все межрайонные акушерские стационары, а всего за время реализации программы капитальный ремонт был произведён в 25 учреждениях здравоохранения городов и районов республики, или в каждом третьем лечебно-профилактическом учреждении.

Эффективно функционирует трёхуровневая система оказания медицинской помощи матерям и детям в межрайонных акушерских отделениях и перинатальных центрах. По итогам прошлого года Чувашия достигла лучшего среди регионов России показателя, характеризующего эффективность работы республиканской службы родовспоможения – уровень младенческой смертности составил 3,5 промилле (в этом году цифры ухудшились, но работу мы здесь будем проводить, и ответственность мы с себя здесь не снимаем). Служба родовспоможения доказала свою эффективность и позволила в этом году сохранить на том же уровне смертность детей с низкой и экстремально низкой массой тела при рождении. Я как раз нахожусь в перинатальном центре, где Вы, Владимир Владимирович, были в 2007 году.

Для профилактики младенческой смертности в социально неблагополучных семьях запланирована организация колек сестринского ухода с дальнейшей централизацией родов в Республиканском перинатальном центре. Вместе с тем мощностей данного центра на сегодня уже недостаточ-

но, здание построено в 90-е годы XX века и не соответствует новым требованиям и стандартам. С Минздравом России прорабатываем вопросы реконструкции центра, считаем необходимым включение данного объекта в федеральную целевую программу для софинансирования. Со стороны республики мы гарантируем финансирование.

В республике также выстроена современная трёхуровневая модель оказания медицинской помощи, определён маршрут пациента на всех этапах оказания медицинских услуг. Для оказания медицинской помощи сельскому населению создана инфраструктура, перечислять я не буду, это и центральные районные больницы, и офисы общеврачебной семейной практики, 525 фельдшерско-акушерских пунктов. В то же время на сегодняшний день, по нашим расчётам, по нашей оценке, 100 ФАПов не соответствуют современным требованиям и стандартам, и мы запускаем в 2013–2015-м, 2016 годах проект строительства 100 ФАПов стоимостью где-то 2–2,2 миллиона рублей за счёт консолидированного бюджета Чувашской Республики.

Особенно актуальна для жителей сельских районов проблема нехватки медицинских кадров, до начала федеральной программы «Земский доктор» дефицит составлял 230 специалистов. По этой программе удалось привлечь 126 молодых специалистов, первоначально мы вообще предусматривали только 84. На следующий год мы планируем привлечь 98, потому что в рабочих посёлках и посёлках городского типа эта проблема осталась, ибо мы не могли там оказывать содействие. Федеральная инициатива поддержана нами, и в следующем году мы практически 100 процентов кадровый дефицит обеспечим на территории нашей республики.

В каждом третьем лечебном учреждении здравоохранения используется электронная медицинская карта. Во всех учреждениях здравоохранения внедрена автоматизированная система мониторинга состояния здоровья беременных женщин республики. Во всех городских станциях и отделениях скорой медицинской помощи функционирует единая автоматизированная система управления с единым центром мониторинга в режиме онлайн. Завершена установка аппаратуры спутниковой навигации ГЛОНАСС на всех машинах скорой помощи.

Достижению положительных результатов в здравоохранении способствовали также и другие реализуемые в республике программы и инициативы, направленные на развитие детского и юношеского спорта и формирование здорового образа жизни. В республике начиная с 2010 года идёт снижение первичной заболеваемости алкоголизмом (почти на 12 процентов), первичной заболеваемости наркоманией (на 66 процентов), токсикоманией (на 33 процента). Снизилось число потребителей табака среди населения с 37 до 27 процентов. Мы проводим идеологическую, пропагандистскую работу, население понимает. Молодёжь тоже подтягивается и ведёт здоровый образ жизни.

В соответствии с Вашими майскими указами у нас поставлена задача по привлечению в течение трёх лет к за-

нятиям детским и юношеским спортом каждого второго ребёнка школьного возраста. Для этого у нас имеются необходимые условия и инфраструктура, во всех районных центрах построены хорошие, современные физкультурно-спортивные комплексы. Практически эти объекты мы передали детским, юношеским спортивным школам для того, чтобы размывания ответственности не было.

Обеспеченность населения спортивными сооружениями чуть выше 39 процентов, более 29 процентов населения приобщено к занятиям физической культурой и спортом. И мною лично поставлена задача, населением это поддержано, доведения этого показателя до 40 процентов по республике.

Я хочу выразить слова благодарности в связи с тем, что мы без сбоев отработали, строго по графику. По предложению Минздравсоцразвития нам выделено дополнительно 145,8 миллиона рублей, и мы эти средства направим на проведение мероприятий по продолжению реализации сосудистой программы, а также на приобретение мобильных медицинских комплексов, что особенно важно для сельского населения.

Об эффективности реализации и модернизации здравоохранения свидетельствует показатель удовлетворённости населения качеством медицинской помощи. Этот показатель вырос с 40,5 процента в 2009 году до 42,8 в 2011 году, рост на 2,3 процента. В этом году ещё окончательного опроса нет, но мы его проведём и доложим Вам. Рост не такой, на первый взгляд, высокий, но данный показатель является для нас ключевым.

Все предусмотренные мероприятия выполняются строго по графику. Задачи, поставленные программой, Вами, Минздравсоцразвитием, мы полностью выполним к 25 декабря текущего года и доложим.



О.П. КОРОЛЁВ, глава администрации Липецкой области: Уважаемый Владимир Владимирович, я прежде всего обязан отчитаться перед Вами за то поручение, которые Вы дали как мне, так и другим моим коллегам, выразив возмущение по поводу большой очерёдности в лечебных учреждениях. Это было на одном из совещаний, которое проводили

по проблемам модернизации здравоохранения.

Докладываю, уважаемый Владимир Владимирович и уважаемые коллеги, что Ваше поручение полностью выполнено. Мы сами не ожидали такого эффекта от электронной записи в лечебных учреждениях. Как правило, так же как и программа модернизации обязывает нас ко многому, так и электронная запись втянула в себя целый комплекс проблем коммуникативного, информационного характера. Сегодня проблема очерёдности в основном решена. Там, где она не решена, это осталось за счёт психологической привычки старшего поколения к иным

формам. Поэтому Ваше замечание выполнено, уважаемый Владимир Владимирович.

Второе. Вы в своём вступительном слове сказали, что программа модернизации – это существенное улучшение для регионов. Уважаемый Владимир Владимирович, для нас, например, это не существенное, а кардинальное и революционное: всё-таки область наша небольшая, миллион 200 тысяч населения, – 3,7 миллиарда. Но ведь есть те деньги, которые мы не успели посчитать и включить в программу, потому что в нашей региональной программе мы кроме этого сегодня только полмиллиарда выделяем средств на то, чтобы заинтересовать молодых специалистов приходиться в лечебные учреждения.

Мы, например, сегодня, испытывая дефицит кадров, так же как и все регионы, этот дефицит в размере 46 процентов сократили (да, к сожалению, много ещё остаётся) до 26 за счёт того, что приняли решение. Я сам поехал в высшие учебные заведения к студентам, и к иногородним, и к нашим, и мы объявили, что 200 тысяч сразу же выплачиваем тем, кто приезжает в сельскую местность. Добавим все виды сельских выплат, 100 тысяч сразу же так называемых подъёмных для приезжающих в городскую местность. Более того, мы сегодня завершаем принятие закона о нашей ипотечной системе, в которой в соответствии с нашими условиями мы выделяем сразу же на вхождение в ипотеку полмиллиона рублей для молодых специалистов, приходящих сюда.

Одним словом, уважаемый Владимир Владимирович, программа модернизации для нашей области (я чувствую, что и в других так) – это революционный прорыв на всех направлениях. Только то, что мы уже сделали, в абсолютном большинстве лечебных учреждений, в абсолютном большинстве душ врачей, медицинских сестёр произвело замечательный человеческий поворот.

Мне неудобно так говорить, но я скажу. Уровень человеческой благодарности от самих медиков, чувствующих такой революционный поворот, уровень уважительного отношения и понимания людей к этой теме вызывает исключительное удовлетворение. Мне неудобно так говорить, но мы как власть обязаны следить и ещё за некоторыми показателями. Суть неудобства заключается в том, что, я скажу, количество жалоб от людей уменьшилось почти на два десятка процентов, а количество благодарностей в адрес медицинских работников возросло в разы. Это приятно докладывать именно Вам потому, что я считаю правильным сказать, что по Вашему указанию, уважаемый Владимир Владимирович, как Президента страны, профильное министерство проводит модернизацию здравоохранения в комплексе с другими мерами, которые усиливают программу модернизации.

Возьмите этот комплекс мер, который Вы инициировали по формированию здорового образа жизни: закон об упорядочении торговли спиртными напитками, закон по наведению порядка в табакокурении – во-первых, мы провели свою социологию: население, 82–86 процентов, поддерживает эти меры. Без здорового образа жизни

медицина окажется бессильна. Более того, я выражусь, может быть, несколько непрофессионально, но скажу так: под маркой и под эгидой подготовки к Олимпиаде в Сочи в 2014 году и чемпионату в 2018 году в России развёрнута огромная работа по массовой физической культуре и спорту. И наша область не стоит в стороне: хоть у нас и нет олимпийских объектов, но мы большая база олимпийского резерва. Строятся сегодня спортивные комплексы, каждая школа обеспечена спортивным залом, все тренеры сегодня получают доплату.

То есть, уважаемый Владимир Владимирович, программа модернизации здравоохранения оказалась могучим локомотивом, как когда-то Вы очень ёмко сказали, национальной идеи по сбережению нации. Она оказалась могучим локомотивом, на который так откликнулся человек. Человек не ожидал этого – и с удовольствием откликается.

Прошу прощения, что отниму ещё одну секунду времени на одну тему. Стоило нам во исполнение Вашего указания навести порядок в торговле – извините за грубость, только пива мы за пять месяцев в Липецкой области выпили на 16 железнодорожных составов меньше, и не потому, что негде купить, не потому, что запретили, а потому, что убрали насилие над рабочими, которому они подвергались у проходных. Выходят с завода – там тебе пиво; выходят из школы, естественно, из техникума – там тебе пиво. Благодаря комплексу мер людям теперь не навязывают этот извращённый образ жизни.

Извиняюсь за многословие, но я искренне признаю: то, что делает Президент страны и федеральный центр, во что включились все регионы и все муниципалитеты по маркой и под эгидой программы модернизации – это величайший процесс сбережения нации. Если хотите, я не побоюсь это назвать даже национальной идеей.

Не знаю, Владимир Владимирович, возможно, кто-то скажет, в 2013 году эту программу можно закончить или продолжить. Но дело в том, что, даже если кто-то её закончит, её невозможно закончить: она теперь подняла нас всех, мы теперь, даже если кто-то эту программу приостановит, но я чувствую, её невозможно остановить, – мы обязаны сами подтянуться. Самое главное – в подготовке кадров, в их профессиональном росте, в поддержке их на всех направлениях.

Вы очень жестоко спрашиваете с нас за заработную плату, мы отчитываемся перед вами постоянно, и это вызвало то, что люди почувствовали это не на цифрах, а на деле. Сегодня врач получает в среднем 28 тысяч в Липецкой области – при средней зарплате 17 тысяч, и тенденция продолжается; медицинская сестра – 18 тысяч. А медицинские сёстры – это почти 90 процентов от всех медицинских работников, которые принимают участие в модернизации. Это то начало, за которое благодарны люди.

Уважаемый Владимир Владимирович, я считаю правильным, если вы примете решение продолжить это величайшее дело, которое делается в стране, более широко (извините, не люблю это слово – никто не любит) пропагандировать. Вот возьмите сегодняшний день. Сегодня

Президент страны проводит вот такое эпохальное для страны совещание, но об этом в Интернете строчка из 16 букв. Вся страна, все официальные государственные телеканалы, все государственные сайты говорят про шторм в Соединённых Штатах Америки. Наверное, из уважения к американцам о шторме надо говорить. Но нужно шире говорить о том великом деле, которое делается в стране, по модернизации здравоохранения.

Я нахожусь в палате интенсивной терапии в том родильном доме, которому якобы 40 лет, но благодаря программе модернизации через реконструкцию он превращён в новейший. И так в новейший превращён каждый родильный дом и перинатальный центр.

Я уполномочен патриотами здравоохранения, медицинскими сёстрами, родителями и общественностью, теми, с кем по Вашему поручению мы проводим все оперативки, передать слова искренней благодарности и Вам, и тем, кто исполняет Вашу волю в рамках профильных министерств. Их настойчивость, отзывчивость, умение откликнуться на любое наше предложение, особенно когда мы предложили по фасадам помочь, даже это приняли, вызывают слова искреннего уважения.

Заверяю Вас, уважаемый Владимир Владимирович, что нас в регионах невозможно теперь остановить в продолжении и достойном завершении программы модернизации как локомотива здорового образа жизни в стране.



В.И. СКВОРЦОВА, министр здравоохранения Российской Федерации: В 2010 году были приняты важнейшие решения по увеличению на два процентных пункта страховых взносов в ОМС и передачу их на развитие программ модернизации здравоохранения в субъектах Федерации, их реализацию.

Конечно, прежде всего хотелось бы отметить, что трудно переоценить и своевременность принятых решений, и их значимость в связи с тем, что необходимость была не только в переоснащении и в обновлении инфраструктуры, но в полном обновлении логистики медицинской помощи и технологий. Это было важно сделать за эти два года, поскольку с 1 января 2013 года вступает в силу единое на территории страны требование к качеству оказания помощи, её доступности, исполнение единых порядков и стандартов медицинской помощи.

В конце 2010-го – начале 2011 года была создана необходимая правовая база, и в период с марта по май 2011 года, после детальной проработки проектов программ модернизации, с каждым субъектом были заключены соглашения. С марта 2011 года было начато предоставление регионам субсидий Федерального фонда ОМС, и за весь прошедший период с этого времени средства,

субсидии поступали абсолютно чётко, без нарушения каких бы то ни было графиков.

Хотелось бы напомнить, что было выделено три основных направления предоставления субсидий из федерального фонда. Это обновление материально-технической базы – 318,6 миллиарда рублей, из которых 79,5 процента – это деньги федерального фонда. Второе направление – это информатизация здравоохранения, всего было предусмотрено более 29 миллиардов рублей, из них 66 процентов из фонда. И третье направление – внедрение стандартов, 287 миллиардов рублей, из которых субсидии фонда составили 41,4 процента.

В первые месяцы реализации программ модернизации уровень расходования субсидий был невысок, он раскачивался: до ноября 2011 года составлял от 9,5 до 26,5 процентов от предоставленных средств; с декабря 2011-го до мая 2012 года – 50–53 процента, то есть ежемесячное освоение составляло в среднем около 10 миллиардов рублей. Начиная со второго полугодия 2012 года темп использования субсидий ускорился и по состоянию на 15 октября составил 71,3 процента. При этом ежемесячное освоение достигло 20–25 миллиардов и за октябрь месяц – почти 30 миллиардов.

Учитывая то, что в середине 2012 года степень реализации мероприятий и использование субсидий не превысило 57 процентов, Министерство здравоохранения приняло решение о проведении комплексных проверок регионов. На сегодняшний день сотрудниками Министерства здравоохранения, Росздравнадзора и Фонда обязательного медицинского страхования проверено 44 субъекта Российской Федерации во всех восьми федеральных округах, и задачей этих проверок было не только подведение каких-то предварительных результатов, но оказание существенной организационно-методической помощи в балансировке всей системы и выстраивании трёхуровневой системы здравоохранения.

По итогам, по сравнению с 1 июля 2012 года, использование субсидий Федерального фонда ОМС выросло на 44,3 процента; в тех регионах, которые были проверены, – на 54,5 процента, причём в 16 субъектах объём проведённой работы увеличился существенно: в полтора раза по сравнению с 1 июля.

Хотелось бы отметить, что по итогам проверок субъектами Российской Федерации проводились регулярные совещания в режиме видеоконференции, не только в Министерстве здравоохранения, но и в Правительстве Российской Федерации под руководством заместителя Председателя Правительства Ольги Юрьевны Голодец, а кроме того, проводились выездные совещания и медицинские активы. Они были проведены в Центральном, Северо-Западном и Северо-Кавказском федеральном округах со всеми руководителями здравоохранения и вице-губернаторами по социальным вопросам.

Ключевым направлением всех программ модернизации явилась оптимизация логистики медицинской помощи, построение её таким образом, чтобы каждый гражда-

нин, независимо от того, где он проживает, мог получить полный цикл медицинской помощи от профилактики и диагностики до интенсивной терапии и полной медико-социальной реабилитации. Именно для этого выстраивалась трёхуровневая система здравоохранения. И главной нашей задачей было поставить акцент на развитии первого уровня здравоохранения, который должен занимать 60 процентов объёмов медицинской помощи, – уровень, определяющий заболеваемость населения и удовлетворённость медицинской помощью, отвечающий за профилактику, диагностические скрининги, за оказание наиболее востребованной первичной медицинской помощи и внедрение стационарозамещающих технологий (это малая хирургия и амбулаторно-реабилитационные услуги).

Второй уровень, межмуниципальный, связан с оказанием экстренной специализированной помощи. Фактически он является стратегическим для страны, поскольку центры эти формировались вместе с губернатором таким образом, чтобы доставка из любой точки региона любого гражданина могла осуществляться в течение 30–40 минут. При этом фактически были созданы технопарки и концентрация высококвалифицированного персонала. В этих учреждениях проводилась помощь при основных причинах смерти: сосудистых заболеваниях, травмах и острых отравлениях. Таким образом, второй уровень отвечает в целом за показатели смертности населения страны.

И третий уровень – региональный, отвечающий за плановое оказание преимущественно высококвалифицированной специализированной помощи, в том числе и высокотехнологичной, и, кроме того, за организационно-методическое руководство всей системой и оказание телемедицинских и выездных консультаций учреждений первого и второго уровня.

Для укрепления первого уровня первичной медицинской помощи в программах модернизации было предусмотрено открытие новых и реконструкция 48 471 объекта врачебных амбулаторий, офисов общей врачебной практики, фельдшерских пунктов и фельдшерско-акушерских пунктов. На сегодняшний день функционирует 48 049 объектов, то есть более 99 процентов, остальные будут открыты до конца текущего года. Хотелось бы отметить, что при плане открытия 4185 сельских врачебных амбулаторий уже сейчас функционирует на 6,1 процента больше – 4441 амбулатория, что имеет принципиальное значение в связи с необходимостью постепенного замещения фельдшерской помощи на врачебную.

Для совершенствования медицинской помощи на втором уровне приоритет был отдан созданию межмуниципальных сосудистых, травматологических и онкологических центров. Только за 8 месяцев текущего года удалось увеличить объём коечного фонда высокоспециализированного по кардиологии на 22 процента, по онкологии – на 17 процентов и по травматологии – на 23 процента. Общее количество межмуниципальных специализированных центров увеличилось с 571 в 2010 году до 1169 в 2012 году, более чем в 2 раза.

Чрезвычайно важно отметить существенное увеличение возможностей, расширение возможностей для граждан страны в получении высокотехнологичной медицинской помощи в субъектах Российской Федерации. Если к концу 2010 года и к концу 2011 года высокотехнологическая медицинская помощь на субъектовом уровне оказывалась в 124 учреждениях в 50 регионах страны и охватывала 34 и 40 тысяч россиян соответственно, то в 2012 году высокотехнологичная помощь оказывается в 221 учреждении 59 субъектов и охватывает почти 135 тысяч человек. Таким образом, её объём на субъектовом уровне увеличился более чем в три раза. Даже такой сложный вид, как трансплантация органов, возможен уже сейчас в 18 субъектах Российской Федерации. Более того, до 40 процентов всех операций по пересадке почки сейчас уже происходит в субъектах Российской Федерации, а не только в федеральных учреждениях.

Особое внимание при формировании и реализации программы модернизации было уделено совершенствованию системы материнства и детства. Для этой цели было выделено 179,2 миллиарда рублей, более 28 процентов всех финансовых ресурсов, в том числе 117 миллиардов из федерального фонда ОМС.

Решающим фактором обеспечения снижения младенческой смертности, в том числе при рождении детей с экстремально низкой массой тела, является надлежащая организация реанимации и интенсивной терапии. В этой связи Министерством здравоохранения был разработан норматив внедрения коек интенсивной терапии – 4 койки на тысячу родов. Установленные целевые значения по открытию таких коек были достигнуты в большинстве регионов страны. В некоторых регионах эти показатели даже превышены: это Дагестан, Карелия, Татарстан, Чеченская Республика, Красноярский край, Белгородская, Московская, Ярославская области. Вместе с тем в настоящее время не открыто ни одной койки в республиках Адыгея, Алтай, Ингушетия, а также в Тульской области. Объективных причин для подобного запаздывания нет. Мы вместе работаем над тем, чтобы в ближайшее время ситуацию поправить.

Для обеспечения своевременной медицинской помощи при родах важно наличие реанимационных акушерских бригад. Фактически во всех регионах эти акушерские бригады созданы по нормативу, в некоторых регионах даже с превышением норматива: это Башкортостан, Ставропольский край, Ростовская, Саратовская, Тюменская области, но не создано ни одной бригады в Чеченской республике, в Камчатском крае, во Владимирской, Новгородской и Новосибирской областях. Анализ, который мы проводили на местах, свидетельствует о том, что также объективных причин этому нет, но в настоящее время активная работа в этом направлении проводится вместе с федеральным ведомством, и мы до конца года постараемся устранить эти недостатки.

С учётом необходимости взятия под особый контроль здоровья молодых людей, особенно в критический период взросления и созревания, важным мероприятием

программы модернизации явилась сплошная диспансеризация 14-летних подростков. По результатам диспансеризации впервые были выявлены заболевания у 651,5 тысячи подростков, для каждого из них были разработаны индивидуальные лечебно-оздоровительные программы, на сегодняшний день уже пролечены 336,4 тысячи подростков. До конца года мы получим результаты отчёта по лечению всех, кому это необходимо.

В целом нужно сказать, что эта программа успешно реализуется во всех регионах. На момент начала реализации программы модернизации 47 процентов медицинских учреждений, участвующих в системе ОМС, это 4354 учреждения, нуждались в капитальном ремонте. В программу модернизации было включено 3626 учреждений, 83,3 процента от нуждающихся. Из них сегодня сданы в эксплуатацию 1112 учреждений. Ожидается завершение ремонтных работ в ноябре этого года в 2107 учреждениях. В остальных 11,2 процента работы будут завершены в декабре, до конца года.

Кроме того, в рамках укрепления инфраструктуры лечебной сети до конца 2012 года будет завершено строительство и введено в эксплуатацию 107 учреждений здравоохранения, о чём уже Вы говорили. Минздрав совместно с Расздравнадзором мониторит ситуацию в постоянном режиме. Раз в две недели мы получаем полный отчёт о том, как ситуация продвигается.

Оснащение новым медицинским оборудованием было предусмотрено в 5,5 тысячи медицинских организациях, или 59,4 процента от числа работающих в системе ОМС. На сегодняшний день 700 учреждений уже оснащены оборудованием полностью, поставлено 191,6 тысячи единиц оборудования. До конца года всего будет приобретено почти 311 тысяч единиц медицинского оборудования.

Хотелось бы отметить, что уже на 95 процентов от оставшихся 119 тысяч полностью заключены контракты, и в настоящее время осуществляется поставка. Поэтому нам представляется, что принятый план будет полностью исполнен во всех регионах до конца года.

На 15 октября из 318,6 миллиарда рублей, предусмотренных на инфраструктурное обновление и на переоснащение, 70 процентов уже сейчас использовано и, как я уже сказал, 95 процентов законтрактовано.

Необходимо отметить эффект от проводимых конкурсных процедур. Достигнутая экономия во всех регионах позволила в среднем по стране увеличить на 13 процентов число ранее запланированных объектов, по которым надо завершить строительство, и на 12 процентов – количество приобретаемого оборудования. В целом это 31 тысяча единиц оборудования.

В соответствии с концепцией создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения мы должны были обеспечить до конца года возможность использования основных базовых сервисов. Это уже сделано к 15 октября 2012 года, и все без исключения регионы получили доступ к этим девяти базовым сервисам, деятельность которых направлена, пре-

жде всего, на управленческие функции внутри каждого лечебного учреждения.

Приоритетом информатизации на 2012 год являлось внедрение записи к врачу в электронном виде. Запланировано до конца года, что такая запись будет осуществляться в 6 тысячах медицинских организаций. В настоящее время уже 4,4 тысячи получили такую возможность. Работа кипит, и мы думаем, что даже не к концу года, а к началу декабря работа эта будет полностью завершена.

В то же время, понимая разнородность нашего населения и понимая, что часто в поликлинику обращаются люди уважаемого возраста, мы сохранили все возможные варианты: это и личное обращение, и колл-центр, и непосредственно телефонный звонок, и через инфомат, и через портал государственных муниципальных услуг.

Министерством здравоохранения создан специальный инструмент, позволяющий в режиме реального времени осуществлять мониторинг за тем, как происходит подключение субъектов к этому единому федеральному portalу и как функционирует эта запись. На слайдах 17, 18, 19 проиллюстрировано, как можно из моего кабинета выйти и выбрать в любом субъекте Российской Федерации любое лечебно-профилактическое учреждение, выбрать любого врача и посмотреть график, выбрать удобное время, чтобы записаться к этому врачу, и отследить, и проконтролировать, какое время дано на общение с больными в этом графике, и, кроме того, тут же сформировать отчёты, практически запись этого отчёта, то есть распечатать любую необходимую запись о регистрации. 80 из 83 субъектов Российской Федерации уже подключены к единой системе записи. На сегодня в системе сделано более 433,5 тысячи записей. Министерство здравоохранения ведёт работу со всеми субъектами. Хотелось бы отметить, что 3 региона до сих пор не подключились к системе: это республики Алтай, Ингушетия, Еврейская автономная область. Но в каждодневном режиме мы работаем – мы это сделаем вместе в ближайшее время.

До конца года уровень оснащения медицинских организаций компьютерной техникой будет фактически удвоен. Но хотелось бы отметить, что если до запуска программы модернизации персональные компьютеры использовались фрагментарно и только в отдельных кабинетах, то сейчас наступил новый этап формирования локальных сетей. Число портов локальных вычислительных сетей увеличилось более чем в три раза: с 301 тысячи до 931 тысячи, и более чем в четыре раза увеличилось количество оборудования, позволяющего организовывать телемедицинские консультации и видеоконференции. Фактически формируется единое информационное пространство каждого субъекта Российской Федерации, которое позволяет обеспечивать полную преемственность лечения в учреждениях первого, второго и третьего уровня.

Важной задачей являлось оснащение санитарного транспорта скорой помощи системой ГЛОНАСС. В настоящее время полностью оснащены 8506 автомобилями ско-

рой медицинской помощи. Завершается дооснащение, и до 1 декабря будет полностью оснащено ещё 11,4 тысячи автомобилей. Всего к концу года будут оснащены 19 712 автомобилей и 2940 диспетчерских станций.

Внедрение пилотных стандартов в медицинской помощи более чем в 80 процентах больничных учреждений, которые работают в системе ОМС (это 3460 учреждений), идёт строго по плану. План на сегодняшний день выполнен на 100 процентов, а по отношению к году – на 80,1 процента. Наряду с этим проводятся мероприятия по увеличению доступности амбулаторно-медицинской помощи, в том числе первичной и специализированной, путём, во-первых, дополнительных стимулирующих выплат, ориентированных на эффективный результат работы, и, второе, активное внедрение эффективного контракта. Вот эти два направления позволили нам увеличить в 2012 году по сравнению с 2011 годом заработную плату в стационарах для врачей в среднем с 30,2 до 35,5 тысячи рублей, для среднего персонала – с 17,8 до 20,4 тысячи рублей. В амбулаторно-поликлиническом звене: для врачей – с 26 до 30,2 тысячи рублей, и для среднего медицинского персонала – с 16 до 18,6 тысячи рублей.

Существенно повлияло на привлечение молодых врачей в сельскую местность решение о выплате подъёмных в размере 1 миллиона рублей. Такие выплаты на сегодня получили 5273 врача. Не привлекли молодых специалистов лишь два региона: Магаданская область и Чукотский автономный округ. Их планы были незначительные, по 8 человек. Но на сегодняшний день пока вот проблема не решена.

Руководители субъектов Российской Федерации и общественность просят продлить данную программу на 2013 год. И с учётом Вашего поручения, Владимир Владимирович, мы этот вопрос тщательно проработали и изыскали возможности на продолжение данной программы в 2013 году и расширение её на рабочие посёлки без привлечения дополнительных федеральных ресурсов.

На одном из медицинских активов, который был проведён в Северо-Западном федеральном округе, руководители органов здравоохранения Северо-Западного федерального округа предложили, чтобы условием выделения этих субсидий являлось активное участие субъектов. Субъекты сами предложили своё участие в виде софинансирования 50 на 50 процентов. Хочу ещё раз повторить, что дополнительных денег из федерального бюджета это не потребует. И в настоящее время необходимые законопроекты рассматриваются в Государственной Думе на эту тему.

По состоянию на 1 января 2011 года в учреждениях здравоохранения субъектов Российской Федерации работало 628,5 тысячи врачей. Дефицит составлял 23,5 процента. Это 148,2 тысячи врачей. Работало также 1 миллион 327 тысяч 800 средних медицинских работников, и дефицит составлял 39,2 процента. Проводимые меры в рамках модернизации позволили обеспечить увеличение численности врачей почти на 3 тысячи человек – на 2,8 тысячи.

Хотелось бы отметить, что параллельно с этим с августа проводится большая работа по повышению квалификации и переподготовки как врачей, так и профессорско-преподавательского состава медицинских вузов. На сегодняшний день проведена переподготовка 32 тысяч 684 врачей. И проведён первый полный цикл по молекулярной физиологии для всех 46 медицинских вузов страны, имею в виду профессорско-преподавательский состав.

Хотелось бы отметить, что увеличилась обеспеченность врачами по ряду остродефицитных специальностей, они представлены на 27-м слайде. Не все субъекты Российской Федерации равно эффективно реализуют программу модернизации, несмотря на то, что сами составляли и защищали программу. В большинстве субъектов значимых проблем на сегодняшний день нет, это позволило нам выделить дополнительные стимулирующие субсидии регионам: по результатам 2011 года – пяти регионам, по результатам первого полугодия 2012 года – 51 региону, в общей сумме 13,7 миллиарда рублей. С другой стороны – мы продолжаем работать с теми субъектами, которые пока являются отстающими, их немного. Главной целью региональных программ модернизации является улучшение показателей деятельности здравоохранения и состояния здоровья населения.

Хотелось бы доложить, что за 2011 год и восемь месяцев 2012 года в сравнении с 2010 годом достигнуто снижение смертности от всех основных социально значимых заболеваний: от болезней системы кровообращения – на 8,5 процента, в том числе от сосудистых заболеваний мозга, инсультов – на 13,1 процента, от ишемической болезни сердца – на 6,5 процентов. Это обусловило дополнительное спасение более 92 тысяч жизней. Смертность от туберкулёза снизилась на 19 процентов, и существенное ускорение было придано тем процессам, которые снижают онкологическую смертность. С ней очень трудно бороться и потому, что мы находимся уже сейчас на европейском уровне по смертности. Но тем не менее 2 процента снижения произошли. В результате общая смертность населения снизилась на 5,6 процентов – с 14,2 до 13,4 на тысячу населения. На фоне продолжающегося повышения рождаемости: почти на 87 тысяч человек, или на 4,8 процента, – естественная убыль населения России сократилась от минус 1,7 до минус 0,6, то есть с 241,3 тысячи человек до 21 тысячи человек по результатам восьми месяцев 2012 года.

Уважаемый Владимир Владимирович, за 10 лет (с 2000-го до 2010 года) износ основных фондов в здравоохранении увеличился с 30 процентов до 53,3 процентов. Коэффициент обновления основных фондов за эти 10 лет не превышал 5 процентов. И принятые Вами решения о реализации беспрецедентной по масштабу программы модернизации здравоохранения позволили за неполные два года существенно сократить степень износа.

Из 4354 медицинских учреждений, требующих капитального ремонта на конец 2010 года, к концу декабря

будут отремонтированы 83,3 процента – 3626. Из 9263 учреждений, требовавших дооснащения в связи с физическим износом и моральным устареванием оборудования, будет переоснащено 59,4 процента.

В то же время к началу 2013 года сохранится определённая степень физического износа: это потребность либо в реконструкции, либо в капитальном ремонте 728 учреждений и необходимость дооснащения 3764 учреждений. В настоящее время анализ бюджетов, запланированных субъектами Российской Федерации, свидетельствует о том, что забюджетировано 120 миллиардов рублей на инвестиции на эти цели.

Общая потребность для того, чтобы мы могли к концу 2013 года полностью ликвидировать физический износ и перейти на планомерное поддержание уже необходимого уровня амортизации инфраструктуры и оборудования, составляет 218 миллиардов.

Без ущерба для оплаты текущей медицинской деятельности за счёт резервов Федерального фонда обязательного медицинского страхования на цели модернизации может быть направлено 50 миллиардов рублей. В том случае, если такое решение будет принято, мы сможем к концу 2013 года завершить процесс ликвидации износа физического и значимого морального устаревания оборудования и с 2014 года перейти на плановый режим.

Мы просчитали вместе с Министерством регионального развития необходимость ежегодного выделения средств на амортизацию всех наших основных фондов. Составляют эти средства 201,5 миллиарда рублей в год с учётом наличия уже сейчас в бюджетах субъектов 120 миллиардов, из которых 49,6 миллиарда рублей на ремонты зданий и учреждений – исходя из норм, установленных Минрегионом, и 151,9 миллиарда рублей на амортизацию медицинского оборудования – исходя из 30-процентной реальной потребности, с учётом фактически тотальной модернизации, которая произошла сейчас.

Безусловно, если бы было принято такое решение, то мы фактически ликвидировали бы эту проблему, и в плановом режиме осуществляли просто необходимое обновление не реже, чем один раз в пять лет, для каждого объекта медицинской инфраструктуры.

Хотелось бы отметить, что, безусловно, данные просчёты не включают необходимости нового строительства и введения принципиально новой развивающейся инфраструктуры. Особенно это актуально для строительства некоторых объектов материнства и детства: это детские больницы в 14 регионах страны, в которых до сих пор отсутствуют областные и краевые детские больницы, и дети лечатся на взрослых койках, а также соответственно достраивание сети перинатальных центров.

Но мы отдаём отчёт, что этот вопрос требует детальной проработки и отдельного обсуждения. Считаем, что программа модернизации является серьёзной основой для существенного улучшения системы оказания медицинской помощи в целом.

Рабочая встреча Председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко и Генерального секретаря Международной ассоциации социального обеспечения (МАСО) Ханса-Хорста Конколевски

17 октября 2012 г., Москва



В ходе встречи, состоявшейся в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования, была достигнута договоренность о дальнейшем взаимовыгодном сотрудничестве и интеграции ФОМС в мировую систему социального обеспечения, а также участии представителей Фонда в международных мероприятиях по линии МАСО за рубежом.

В 2012 году Федеральный фонд обязательного медицинского страхования восстановил членство в Международной ассоциации социального обеспечения.

Международная ассоциация социального обеспечения, основанная в 1927 году, является международной организацией, объединяющей около 370 национальных учреждений социального обеспечения 151 страны мира.

Основной целью деятельности МАСО является обеспечение сотрудничества на международном уровне, направленного на содействие динамичному социальному обеспечению во всем мире и его развитие, прежде всего, за счет совершенствования технических

и административных методов работы для улучшения социально-экономических условий жизни населения на основе принципа социальной справедливости.

Российская Федерация (ранее СССР) участвует в деятельности организации с 1957 года. Полноправными членами МАСО от России являются Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации (в связи с преобразованием данного ведомства в 2012 году, правопреемником Минздравсоцразвития России станет Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации), Пенсионный фонд Российской Федерации (ПФР), Фонд социального страхования Российской Федерации (ФСС), Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС).

Уставными органами МАСО являются Генеральная ассамблея, Совет и Бюро. Штаб-квартира Ассоциации находится в Женеве.

Совет МАСО утверждает программу действий и бюджет организации на три года, назначает Генерального секретаря, избирает Президента, Казначая, членов Бюро и Контрольной комиссии.

Высшими должностными лицами Ассоциации являются Президент (Эррол Франк Стуве, Нидерланды), Вице-президент (Солиман С. Аль-Хумайд, Саудовская Аравия), Казначей (Филипп Конус, Швейцария), а также Генеральный секретарь, которым с 2005 года является Ханс-Хорст Конколеwski (Дания).

Важная роль в работе Ассоциации отводится 12 постоянным техническим комиссиям, существующим с 1947 года (информационных и коммуникационных технологий; семейных пособий; административного управления, организации и методов статистических, актуарных и финансовых исследований и др.)

Одна из комиссий занимается вопросами медицинского страхования и страхованием по болезни.

МАСО тесно сотрудничает в социальной области с рядом международных организаций, прежде всего с Международной организацией труда, Экономическим и социальным советом ООН, Всемирной организацией здравоохранения, Всемирным банком и др.

Сессии Генеральной ассамблеи МАСО, являющиеся, по Уставу этой организации, высшим органом МАСО, проводятся раз в три года.

В 2010 году в период 29 ноября – 4 декабря в г. Кейптауне (ЮАР) состоялась 30-я сессия Генеральной ассамблеи МАСО.

В ноябре 2013 года в Дохе (Катар) состоится Всемирный форум социального обеспечения – важнейшее мероприятие МАСО в текущем трехлетнем периоде. Ожидается, что в этом форуме примут участие свыше тысячи делегатов, включая руководителей и представителей высшего руководства органов социальной защиты, министров и политиков, представителей международных организаций из 120 стран.

Новые кадровые назначения

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга



Кужель Александр Михайлович назначен на должность директора государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга» на основании постановления Правительства Санкт-Петербурга от 22 октября 2012 г. №2-к.

А.М. Кужель родился 9 декабря 1959 г. в Сумской области. Образование высшее. В 1983 г. закончил Первый Ленинградский медицинский институт имени академика И.П. Павлова по специальности «Лечебное дело», к.м.н. В 2006 г. окончил Северо-Западную академию государственной службы по направлению «Социальный менеджмент» и по программе «Государственное управление и государственная служба». С 1983 по 1991 гг. - врач-хирург больницы № 36, главный врач поликлиники № 74 Кронштадтского района Санкт-Петербурга. С 1991 по 2008 гг. - заместитель начальника отдела здравоохранения, заместитель главы Администрации Кронштадтского района г. Санкт-Петербурга. С 2008 по 2012 гг. - заместитель директора Территориального фонда ОМС г. Санкт-Петербурга.

ального фонда ОМС г. Санкт-Петербурга.

Награжден знаком «Отличнику здравоохранения», медалью «В память 300-летия Санкт-Петербурга», почетным нагрудным знаком «За заслуги перед г. Кронштадтом».

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Новосибирской области



Старцева Наталья Александровна назначена на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новосибирской области на основании распоряжения Правительства Новосибирской области от 6 ноября 2012 г. №395-рп.

Н.А. Старцева родилась 20 августа 1975 года. Образование высшее. В 1998 году окончила Российский государственный гуманитарный университет по специальности «Комплексная защита информации». В 2001 г. окончила Государственный университет - Высшую школу экономики по специальности «Экономика». С 2007 г. по н.в. обучается в Российской академии народного хозяйства и Государственной службы при Президенте Российской Федерации в Институте государственной службы и управления персоналом. С 1992 по 1995 гг. - главный бухгалтер в ТОО «Фирма Эковент, Лтд.». С 1996 по 2006 гг. - главный бухгалтер в ЗАО «СмитКляйн Бичем АО». С 2006 по 2007 гг. - главный бухгалтер финансовый директор ООО «АрхиМед». С 2007 по 2012 гг. - генеральный директор ООО «АрхиМед».

О включении журнала «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации» в Перечень российских рецензируемых научных журналов

В соответствии с решением Президиума Высшей аттестационной комиссии Министерства образования и науки Российской Федерации от 7 декабря 2012 года № 45/71 журнал «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации» включен в Перечень российских рецензируемых научных журналов.



УДК 614.2

Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2011 год



И.В. Соколова

И.В. Соколова

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

Резюме

Финансовая деятельность Федерального фонда обязательного медицинского страхования осуществлялась в 2011 году в соответствии с целями, установленными Федеральным законом «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2011 год и на плановый период 2012 и 2013 годов». Бюджет Фонда за 2011 год исполнен

по доходам в сумме 348,4 млрд. рублей и по расходам 310,4 млрд. рублей.

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

Abstract

About fulfillment of the budget of the Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance for the year 2011

I.V. Sokolova

The Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance

The financial activity of the Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance was realized in 2011 according to purposes established by the Federal law «About budget of the Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance for the year 2011 and for the planned period 2012 and 2013. The budget of the Foundation for 2011 is fulfilled in rev-

enues to the amount of 348.4 milliard rubles and in expending 310.4 milliard rubles.

Key words: the FOMI budget, budgets of the Territorial Foundations of OMI, inter-budgetary transfers of the federal budget, subsidies of the Federal Foundation of OMI, fixed insurance FOMI reserve.

Для корреспонденции:

Ирина Васильевна Соколова – заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
Адрес: 127994, ГСП-4, г. Москва, ул. Новослободская, д. 37,
Телефон: (495) 987-03-86 доб. 1305. E-mail: isokolova@ffoms.ru

For correspondence:

Irina V. Sokolova - Deputy Chairman of the FCHIF

The Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance
Address: Novoslobodskaya Ul. 37, Moscow, GSP-4, Russia, 127994
Tel.: (495) 987 03 80*1305. E-mail: isokolova@ffoms.ru

Исполнение бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2011 г. осуществлялось в соответствии с целями, поставленными Федеральным законом от 8 декабря 2010 г. № 333-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2011 год и на плановый период 2012 и 2013 годов».

За 2011 г. доходы бюджета Фонда составили 348,4 млрд. рублей или 103,7% от утвержденного Федеральным законом годового объема.

Расходы бюджета Фонда за 2011 год исполнены в сумме 310,4 млрд. рублей, что составило 92,4% к объему, утвержденному Федеральным законом. На уровень исполнения по расходам повлияло резервирование средств на реализацию программ модернизации, в том числе федеральных государственных учреждений, которые используются в 2012 г.

Бюджет Фонда за 2011 г. исполнен с профицитом в общей сумме 38,0 млрд. рублей.

Показатели исполнения бюджета Фонда за 2011 г. характеризуются следующими данными:

Основные показатели	Утверждено на 2011 год Федеральным законом от 08.12.2010 г. № 333-ФЗ	Уточненная роспись расходов бюджета Фонда на 2011 год	Кассовое исполнение за 2011 год	Кассовое исполнение в % к:	
				Федеральному закону	уточненной росписи
Доходы – всего	336,0	-	348,4	103,7	-
Расходы – всего	336,0	336,5	310,4	92,4	92,3
Дефицит (-) Профицит (+)	0,0	-0,5	38,0	-	-

Доходы бюджета Фонда формировались в основном за счет поступления страховых взносов на обязательное медицинское страхование. Уплата страховых взносов на обязательное медицинское страхование в 2011 г. регулировалась Федеральным законом от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования».

Тариф страховых взносов на обязательное медицинское страхование на 2011 г. в бюджет Фонда был увеличен на 2 процентных пункта (с 1,1 до 3,1%).

Для отдельных категорий плательщиков Федеральным законом от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ установлены пониженные тарифы страховых взносов. В соответствии с законодательством Российской Федерации выпадающие доходы бюджета Фонда компенсировались за счет ассигнований федерального бюджета в виде предоставления межбюджетных трансфертов бюджету Фонда.

В результате увеличения тарифа страховых взносов в 2011 г. на 2 процентных пункта общий объем страховых

взносов на обязательное медицинское страхование за 2011 г. составил 326,6 млрд. рублей, что в 3,6 раза больше, чем в 2010 г.

За 2011 г. общая сумма ассигнований федерального бюджета, переданных Фонду из федерального бюджета в виде межбюджетных трансфертов, составила 21,1 млрд. рублей (100% от запланированного объема), в том числе:

- на компенсацию выпадающих доходов бюджета Фонда в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование для отдельных категорий страхователей – 16,2 млрд. рублей;
- на финансовое обеспечение мероприятий, входящих в приоритетный национальный проект «Здоровье» – 4,9 млрд. рублей, из них:
 - на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан – 4,0 млрд. рублей;
 - на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации – 0,9 млрд. рублей.

(млрд. руб.)

Расходы бюджета Федерального фонда по основным направлениям и мероприятиям выполнены в полном объеме.

На выполнение основной функции Федерального фонда – выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов – направлено 96,0 млрд. рублей, в том числе 6,1 млрд. рублей из

нормированного страхового запаса. Выполнение составило 106,8% от утвержденного объема.

В соответствии с бюджетом на 2011 г. Фонд осуществлял направление в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования субсидий на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения в субъектах Российской Федерации, связанных с укреплением материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, внедрением современных информационных систем в здравоохранение в целях создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, перехода на полисы обязательного медицинского страхования единого образца, в том числе обеспеченных федеральным электронным приложением универсальной электронной карты, внедрением стандартов медицинской помощи, повышением доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами.

Финансовое обеспечение указанных расходов осуществлялось в порядке, установленном постановлением Правительства Российской Федерации от 15 февраля

ля 2011 г. № 85 «Об утверждении Правил финансового обеспечения в 2011-2012 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования».

В полном объеме выполнено распоряжение Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2010 г. № 2396-р, определившее направление в 2011 г. 190,4 млрд. рублей на задачи модернизации здравоохранения, в том числе:

- на укрепление материально-технической базы медицинских учреждений – 141,7 млрд. рублей;
- на внедрение современных информационных систем в здравоохранение в целях перехода на полисы обязательного медицинского страхования единого образца - 9,5 млрд. рублей;
- на внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи - 39,2 млрд. рублей.

На оплату родовых сертификатов из бюджета Федерального фонда бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации направлено 18,0 млрд. рублей (100% от запланированного объема) в порядке, установленном постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 г. № 1233 «О порядке финансового обеспечения расходов на оплату медицинскими организациями услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, и медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, а также дис-

пансерному (профилактическому) наблюдению ребенка в течение первого года жизни».

На проведение диспансеризации работающих граждан и детей-сирот с учетом остатков средств на 1 января 2011 г. израсходовано 5,0 млрд. рублей, или 101,5% от утвержденного объема. Предоставление бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования субсидий на проведение мероприятий по диспансеризации осуществлялось в соответствии с постановлениями Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 г. № 1228 «О порядке предоставления из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан» и от 31 декабря 2010 г. № 1234 «О порядке предоставления субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации».

Мероприятия по диспансеризации в 2011 г. проведены в отношении 2 873,8 тыс. работающих граждан и 325,0 тыс. детей-сирот.

По исполнению доходов и расходов бюджета Федерального фонда принят Федеральный закон от 2 октября 2012 г. № 154-ФЗ «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2011 год».

Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2011 год

В.В. Рязанский

*председатель Комитета Совета Федерации
по социальной политике*



В.В. Рязанский

Система обязательного медицинского страхования создана с целью обеспечения конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи, закрепленных в статье 41 Конституции Российской Федерации.

В соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» получить медицинскую помощь по полису обязательного медицинского страхования с 1 января 2011 г. можно в любом регионе Российской Федерации, вне зависимости от места постоянной регистрации и получения полиса. Граждане получили реальное право на выбор или замену страховой медицинской организации, ранее за работающего гражданина этот выбор делал работодатель, а за детей, пенсионеров и других неработающих лиц — органы исполнительной власти. Теперь каждый гражданин может сам ежегодно выбирать страховую медицинскую организацию, в которой он будет застрахован.

Это и многое другое стало возможным благодаря принятому решению об увеличении с 1 января 2011 г. тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование в ФОМС на 2 процентных пункта с 1,1 до 3,1%, что позволило по итогам 2011 г. получить доходы, в 3,6 раза превышающие доходы бюджета ФОМС за 2010 г., а доходы от страховых взносов на обязательное медицинское страхование составили 326,6 млрд. рублей, или 93,7% в общей сумме доходов бюджета ФОМС.

Дополнительные 2 процентных пункта обеспечили реализацию с 2011 года программ модернизации здравоохранения. В 2011 году ФОМС направлял в бюджеты территориальных фондов ОМС субсидии на финансирование региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации.

А вот программа по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака, набирает обороты. В 2011 г. в субъектах Российской Федерации функ-

ционирует 697 центров здоровья, а число их посещений увеличилось на 88%. Хочу еще раз, в том числе через сайт ФОМС, призвать наших граждан активнее посещать центры здоровья, в которых можно оценить состояние своего здоровья, резервы организма, определить, на что следует обратить внимание, чтобы не допустить развитие тяжелых заболеваний.

21 ноября 2011 г. был принят Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Разработанный в целях совершенствования законодательства в области охраны здоровья и оказания медицинской помощи, закон стал базовым нормативным актом для всей сферы здравоохранения Российской Федерации, устанавливающим правовые основы ее регулирования. Закон направлен на конкретизацию конституционных прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь, закрепление гарантий и механизмов их реализации в современных условиях в рамках сложившейся структуры системы здравоохранения.

За 18 лет действия Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан произошли существенные изменения условий функционирования экономики государства, системы исполнительной власти, осуществлено разграничение полномочий между органами государственной власти и местного самоуправления. Те многочисленные изменения, которые вносились в законодательство в течение последних лет, кардинально не решали назревшие в здравоохранении проблемы. Появилась острая необходимость в принятии нового базового законодательного акта, который включал бы в себя новеллы правового регулирования, позволяющие в совокупности с прежними нормами выстроить современную и эффективную систему российского здравоохранения, соответствующую реалиям сегодняшнего дня.

Законопроект «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» вызвал большой общественный интерес и прошел беспрецедентное обсуждение на многих публичных площадках страны, в том числе в

Общественной палате, на заседаниях комитетов Государственной Думы и Совета Федерации, Совета законодателей Совета Федерации, на парламентских слушаниях.

Отдельные положения документа подробно обсуждались на мероприятиях, проводимых в Совете Федерации. В частности, это касалось вопросов редких заболеваний, трансплантации органов и тканей, оказания медицинской и лекарственной помощи населению сельских территорий, совершенствования механизмов борьбы с социально значимыми заболеваниями, разграничения полномочий между органами государственной власти и органами местного самоуправления в сфере охраны здоровья граждан. Многие из перечисленных вопросов легли в основу закона еще на этапе его разработки Министерством здравоохранения и социального развития РФ. Кроме того, при подготовке ко второму чтению членами Комитета в текст законопроекта внесли 30 поправок, 13 из которых были поддержаны, остальные – учтены в редакции. Большинство поправок были сформулированы по результатам проведения 6 июня 2011 г. расширенного заседания Комитета с участием министерства. Большой блок поправок касался статьи, регулирующей отношения в сфере народной медицины. Также в текст закона вошли предложения Совета Федерации относительно повышения с 16 до 18 лет возраста несовершеннолетних больных наркоманией, которым наркологическая помощь оказывается без их добровольного информированного согласия, а также была включена норма о мерах социальной поддержки медицинских и фармацевтических работников.

Нужно сказать, что при Комитете Государственной Думы по охране здоровья в целях доработки указанного закона была создана рабочая группа, в которую вошло более 50 человек, в том числе и члены Комитета Совета Федерации по социальной политике. Таким образом, Комитет принимал участие над доработкой и совершенствованием законопроекта и в рамках указанной рабочей группы. На ее заседаниях были тщательно проработаны такие вопросы, как разграничение полномочий между органами государственной власти и органами местного самоуправления в сфере охраны здоровья граждан, проблемы искусственного прерывания беременности и суррогатного материнства, отработывался понятийный аппарат закона, активно обсуждалась тема трансплантации органов и тканей человека. Тщательно были отработаны статьи закона, касающиеся орфанных заболеваний, проблемам которых Комитет уделяет внимание с 2008 г.

В качестве одной из приоритетных задач в государстве является охрана здоровья граждан, снижение инвалидности и смертности от управляемых заболеваний.

С 2007 г. реализуется федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на период 2007-2012 годы», в состав которой включена подпрограмма «Онкология». С 2008 г. в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» реализуются мероприятия, направленные на совершенствование медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями. Но несмотря на действие этих программ, по ряду злокачественных новообразований мы еще имеем неутешительные показатели.

Рак молочной железы попрежнему является самым распространенным из всех онкологических заболеваний среди женщин. В структуре онкологической смертности у женщин рак молочной железы стоит на 1 месте.

Проблема рака молочной железы неоднократно обсуждалась в рамках сформированной при Комитете Совета Федерации по социальной политике рабочей группе, где был проанализирован российский и зарубежный опыт по диагностике и эффективному лечению рака молочной железы.

Результатом этой работы явились предложения о необходимости и целесообразности выделить из существующих онкологических программ отдельное направление, нацеленное именно на профилактику и лечение рака молочной железы, обеспечив его необходимым финансированием.

На 315-м заседании Совета Федерации было принято Обращение Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации к Правительству Российской Федерации в связи с необходимостью принятия неотложных мер по раннему выявлению, снижению заболеваемости и смертности женщин от рака молочной железы в Российской Федерации. Данное обращение нашло поддержку Министерства здравоохранения Российской Федерации, которое проинформировало Совет Федерации, что включило в проект Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» соответствующие меры, направленные на раннее выявление, снижение заболеваемости и смертности женщин от рака молочной железы.



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН

от 2 октября 2012 года № 154-ФЗ

МОСКВА

ОБ ИСПОЛНЕНИИ БЮДЖЕТА
ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ЗА 2011 ГОД

Принят Государственной Думой 21 сентября 2012 года
Одобен Советом Федерации 26 сентября 2012 года

Статья 1

Утвердить отчет об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - Фонд) за 2011 год со следующими основными показателями:

- 1) общий объем доходов бюджета Фонда в сумме 348 437 079,3 тыс. рублей, в том числе за счет межбюджетных трансфертов, полученных из федерального бюджета в сумме 21 140 700,0 тыс. рублей;
- 2) общий объем расходов бюджета Фонда в сумме 310 428 047,6 тыс. рублей, в том числе межбюджетные трансферты, переданные бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации в сумме 17 999 983,7 тыс. рублей;
- 3) объем профицита бюджета Фонда в сумме 38 009 031,7 тыс. рублей.

Статья 2

Утвердить следующие показатели исполнения бюджета Фонда за 2011 год:

- 1) доходы бюджета Фонда по кодам классификации доходов бюджетов за 2011 год согласно приложению 1 к настоящему Федеральному закону;
- 2) структура расходов бюджета Фонда за 2011 год согласно приложению 2 к настоящему Федеральному закону;
- 3) источники внутреннего финансирования дефицита бюджета Фонда по кодам классификации источников финансирования дефицитов бюджетов за 2011 год согласно приложению 3 к настоящему Федеральному закону;
- 4) распределение дотаций из бюджета Фонда, направленных в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, за 2011 год согласно приложению 4 к настоящему Федеральному закону.

Президент Российской Федерации
В. ПУТИН

Москва, Кремль
2 октября 2012 года
№ 154-ФЗ

Приложение 1
к Федеральному закону
«Об исполнении бюджета Федерального
фонда обязательного медицинского
страхования за 2011 год»

ДОХОДЫ
БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ПО КОДАМ КЛАССИФИКАЦИИ ДОХОДОВ БЮДЖЕТОВ ЗА 2011 ГОД

(тыс. рублей)

Наименование показателя	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
Доходы, всего			348 437 079,3
Налоговые и неналоговые доходы	000	1 00 00000 00 0000 000	327 294 923,1
Страховые взносы на обязательное социальное страхование	000	1 02 00000 00 0000 000	326 631 952,4
Страховые взносы	000	1 02 02000 00 0000 000	326 631 952,4
Страховые взносы на обязательное медицинское страхование, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	392	1 02 02100 08 0000 160	326 631 952,4
Налоги на совокупный доход	000	1 05 00000 00 0000 000	591 729,1
Налог, взимаемый в связи с применением упрощенной системы налогообложения	000	1 05 01000 00 0000 110	499 654,5
Налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы	000	1 05 01010 00 0000 110	206 540,1
Налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)	182	1 05 01012 01 0000 110	206 540,1
Налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы, уменьшенные на величину расходов	000	1 05 01020 00 0000 110	61 072,6
Налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы, уменьшенные на величину расходов (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)	182	1 05 01022 01 0000 110	61 072,6
Минимальный налог, зачисляемый в бюджеты государственных внебюджетных фондов (уплаченный (взысканный) за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)	182	1 05 01030 01 0000 110	231 579,1
Налог, взимаемый в виде стоимости патента в связи с применением упрощенной системы налогообложения	000	1 05 01040 00 0000 110	462,7
Налоги, взимаемые в виде стоимости патента в связи с применением упрощенной системы налогообложения (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)	182	1 05 01042 02 0000 110	462,7
Единый налог на вмененный доход для отдельных видов деятельности	000	1 05 02000 00 0000 110	86 194,7

Наименование показателя	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
Единый налог на вмененный доход для отдельных видов деятельности (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)	182	1 05 02020 02 0000 110	86 194,7
Единый сельскохозяйственный налог	000	1 05 03000 00 0000 110	5 879,9
Единый сельскохозяйственный налог (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)	182	1 05 03020 01 0000 110	5 879,9
Задолженность и перерасчеты по отмененным налогам, сборам и иным обязательным платежам	000	1 09 00000 00 0000 000	-37 464,0
Недоимка, пени и штрафы по страховым взносам	000	1 09 08000 00 0000 140	11 637,5
Недоимка, пени и штрафы по взносам в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	182	1 09 08040 08 0000 140	11 637,5
Единый социальный налог	000	1 09 09000 00 0000 110	-49 101,5
Единый социальный налог, зачисляемый в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	182	1 09 09030 08 0000 110	-49 101,5
Доходы от использования имущества, находящегося в государственной и муниципальной собственности	000	1 11 00000 00 0000 000	90 764,9
Доходы от размещения средств бюджетов	000	1 11 02000 00 0000 120	90 764,9
Доходы от размещения временно свободных средств фондов обязательного медицинского страхования	000	1 11 02070 00 0000 120	90 764,9
Доходы от размещения временно свободных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	1 11 02071 08 0000 120	90 764,9
Доходы от оказания платных услуг и компенсации затрат государства	000	1 13 00000 00 0000 000	10 532,0
Прочие доходы от оказания платных услуг и компенсации затрат государства	000	1 13 03000 00 0000 130	10 532,0
Прочие доходы Федерального фонда обязательного медицинского страхования от оказания платных услуг и компенсации затрат бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	1 13 03080 08 0000 130	10 532,0
Доходы от продажи материальных и нематериальных активов	000	1 14 00000 00 0000 000	1,4
Доходы от реализации имущества, находящегося в государственной и муниципальной собственности (за исключением имущества бюджетных и автономных учреждений, а также имущества государственных и муниципальных унитарных предприятий, в том числе казенных)	000	1 14 02000 00 0000 000	1,4
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 410	1,4
Штрафы, санкции, возмещение ущерба	000	1 16 00000 00 0000 000	7 407,3
Денежные взыскания (штрафы) за нарушение законодательства Российской Федерации о государственных внебюджетных фондах и о конкретных видах обязательного социального страхования, бюджетного законодательства (в части бюджетов государственных внебюджетных фондов)	000	1 16 20000 00 0000 140	2 460,5

Наименование показателя	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
Денежные взыскания (штрафы), налагаемые Пенсионным фондом Российской Федерации и его территориальными органами в соответствии со статьями 48-51 Федерального закона «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования»	392	1 16 20050 01 0000 140	2 460,5
Прочие поступления от денежных взысканий (штрафов) и иных сумм в возмещение ущерба	000	1 16 90000 00 0000 140	4 946,8
Прочие поступления от денежных взысканий (штрафов) и иных сумм в возмещение ущерба, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	1 16 90080 08 0000 140	4 946,8
Безвозмездные поступления	000	2 00 00000 00 0000 000	21 142 156,2
Безвозмездные поступления от других бюджетов бюджетной системы Российской Федерации	000	2 02 00000 00 0000 000	21 140 700,0
Межбюджетные трансферты, передаваемые бюджетам государственных внебюджетных фондов	000	2 02 05000 00 0000 151	21 140 700,0
Средства федерального бюджета, передаваемые бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	2 02 05600 08 0000 151	21 140 700,0
Средства федерального бюджета, передаваемые бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации	394	2 02 05602 08 0000 151	890 700,0
Средства федерального бюджета, передаваемые бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан	394	2 02 05607 08 0000 151	4 000 000,0
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	394	2 02 05608 08 0000 151	16 250 000,0
Доходы бюджетов бюджетной системы Российской Федерации от возврата остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет	000	2 18 00000 00 0000 000	48 317,5
Доходы бюджетов государственных внебюджетных фондов от возврата остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет	000	2 18 06000 00 0000 151	48 317,5
Доходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования от возврата остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет	394	2 18 06000 08 0000 151	48 317,5

Наименование показателя	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
Возврат остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет	000	2 19 00000 00 0000 000	-46 861,3
Возврат остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет из бюджетов государственных внебюджетных фондов	000	2 19 06000 00 0000 151	-46 861,3
Возврат остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет из бюджетов государственных внебюджетных фондов в федеральный бюджет	000	2 19 06010 00 0000 151	-46 861,3
Возврат остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	2 19 06013 08 0000 151	-46 861,3

Приложение 2
к Федеральному закону
«Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2011 год»

СТРУКТУРА РАСХОДОВ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗА 2011 ГОД

(тыс. рублей)

Наименование показателя	Код бюджетной классификации					Кассовое исполнение
	Мин	Рз	ПР	ЦСР	ВР	
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	394					310 428 047,6
Общегосударственные вопросы	394	01	00			1 043 976,5
Международные отношения и международное сотрудничество	394	01	08			2 190,3
Международное сотрудничество	394	01	08	030 00 00		2 190,3
Международные культурные, научные и информационные связи	394	01	08	030 04 00		2 190,3
Органы управления государственных внебюджетных фондов	394	01	08	030 04 00	270	2 190,3
Другие общегосударственные вопросы	394	01	13			1 041 786,2
Руководство и управление в сфере установленных функций	394	01	13	001 00 00		562 158,8
Аппараты органов управления государственных внебюджетных фондов	394	01	13	001 55 00		349 201,2
Органы управления государственных внебюджетных фондов	394	01	13	001 55 00	270	349 201,2
Информатика	394	01	13	001 82 00		212 957,6
Органы управления государственных внебюджетных фондов	394	01	13	001 82 00	270	212 957,6
Реализация государственных функций, связанных с общегосударственным управлением	394	01	13	092 00 00		479 627,4
Нормированный страховой запас Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	01	13	092 09 00		479 627,4

Наименование показателя	Код бюджетной классификации					Кассовое исполнение
	Мин	Рз	ПР	ЦСР	ВР	
Прочие расходы	394	01	13	092 09 00	013	479 627,4
Образование	394	07	00			9 316,1
Профессиональная подготовка, переподготовка и повышение квалификации	394	07	05			9 316,1
Учебные заведения и курсы по переподготовке кадров	394	07	05	429 00 00		9 316,1
Переподготовка и повышение квалификации кадров	394	07	05	429 78 00		9 316,1
Органы управления государственных внебюджетных фондов	394	07	05	429 78 00	270	9 316,1
Здравоохранение	394	09	00			309 353 835,5
Амбулаторная помощь	394	09	02			4 963 292,8
Социальная помощь	394	09	02	505 00 00		4 963 292,8
Проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации	394	09	02	505 21 00		920 997,2
Фонд софинансирования	394	09	02	505 21 00	010	920 997,2
Проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан	394	09	02	505 24 00		4 042 295,6
Фонд софинансирования	394	09	02	505 24 00	010	4 042 295,6
Прикладные научные исследования в области здравоохранения	394	09	08			13 300,0
Прикладные научные исследования и разработки	394	09	08	081 00 00		13 300,0
Выполнение научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ по государственным контрактам	394	09	08	081 69 00		13 300,0
Органы управления государственных внебюджетных фондов	394	09	08	081 69 00	270	13 300,0
Другие вопросы в области здравоохранения	394	09	09			304 377 242,7
Реализация региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и программ модернизации федеральных государственных учреждений	394	09	09	096 00 00		190 423 000,0
Реализация программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в части укрепления материально-технической базы медицинских учреждений	394	09	09	096 01 00		141 691 486,4
Прочие расходы	394	09	09	096 01 00	013	141 691 486,4
Реализация программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в части внедрения современных информационных систем в здравоохранение в целях перехода на полисы обязательного медицинского страхования единого образца	394	09	09	096 02 00		9 521 151,6
Прочие расходы	394	09	09	096 02 00	013	9 521 151,6
Реализация программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в части внедрения стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи	394	09	09	096 03 00		39 210 362,0
Прочие расходы	394	09	09	096 03 00	013	39 210 362,0
Социальная помощь	394	09	09	505 00 00		113 954 242,7
Закон Российской Федерации от 28 июня 1991 года № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»	394	09	09	505 17 00		95 954 259,0
Выполнение территориальной программы обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования	394	09	09	505 17 02		95 954 259,0
Прочие дотации	394	09	09	505 17 02	007	95 954 259,0

Наименование показателя	Код бюджетной классификации					Кассовое исполнение
	Мин	Рз	ПР	ЦСР	ВР	
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		17 999 983,7
Трансферты бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации	394	09	09	505 35 00	002	17 999 983,7
Социальная политика	394	10	00			9 195,4
Социальное обеспечение населения	394	10	03			9 195,4
Руководство и управление в сфере установленных функций	394	10	03	001 00 00		9 195,4
Аппараты органов управления государственных внебюджетных фондов	394	10	03	001 55 00		9 195,4
Органы управления государственных внебюджетных фондов	394	10	03	001 55 00	270	9 195,4
Средства массовой информации	394	12	00			11 724,1
Другие вопросы в области средств массовой информации	394	12	04			11 724,1
Реализация государственных функций, связанных с общегосударственным управлением	394	12	04	092 00 00		11 724,1
Выполнение других обязательств государства	394	12	04	092 03 00		11 724,1
Органы управления государственных внебюджетных фондов	394	12	04	092 03 00	270	11 724,1

Приложение 3
к Федеральному закону
«Об исполнении бюджета Федерального
фонда обязательного медицинского
страхования за 2011 год»

ИСТОЧНИКИ ВНУТРЕННЕГО ФИНАНСИРОВАНИЯ ДЕФИЦИТА БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПО КОДАМ КЛАССИФИКАЦИИ ИСТОЧНИКОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ ДЕФИЦИТОВ БЮДЖЕТОВ ЗА 2011 ГОД

(тыс. рублей)

Наименование показателя	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора источника финансирования	источника финансирования	
Источники внутреннего финансирования дефицита бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования			-38 009 031,7
Изменение остатков средств на счетах по учету средств бюджета	000	01 05 00 00 00 0000 000	-38 009 031,7
Увеличение остатков средств бюджетов	000	01 05 00 00 00 0000 500	-359 312 079,3
Увеличение прочих остатков средств бюджетов	000	01 05 02 00 00 0000 500	-359 312 079,3
Увеличение прочих остатков денежных средств бюджетов	000	01 05 02 01 00 0000 510	-359 312 079,3
Увеличение прочих остатков денежных средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	01 05 02 01 08 0000 510	-359 312 079,3
Уменьшение остатков средств бюджетов	000	01 05 00 00 00 0000 600	321 303 047,6
Уменьшение прочих остатков средств бюджетов	000	01 05 02 00 00 0000 600	321 303 047,6
Уменьшение прочих остатков денежных средств бюджетов	000	01 05 02 01 00 0000 610	321 303 047,6

Наименование показателя	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора источника финансирования	источника финансирования	
Уменьшение прочих остатков денежных средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	01 05 02 01 08 0000 610	321 303 047,6
Иные источники внутреннего финансирования дефицитов бюджетов	000	01 06 00 00 00 0000 000	
Прочие источники внутреннего финансирования дефицитов бюджетов	000	01 06 06 00 00 0000 000	
Увеличение прочих источников финансирования дефицитов бюджетов за счет иных финансовых активов	000	01 06 06 00 00 0000 500	-10 875 000,0
Увеличение иных финансовых активов в собственности Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	01 06 06 00 08 0000 550	-10 875 000,0
Уменьшение прочих источников финансирования дефицитов бюджетов за счет иных финансовых активов	000	01 06 06 00 00 0000 600	10 875 000,0
Уменьшение иных финансовых активов в собственности Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	01 06 06 00 08 0000 650	10 875 000,0

Приложение 4
к Федеральному закону
«Об исполнении бюджета Федерального
фонда обязательного медицинского
страхования за 2011 год»

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ДОТАЦИЙ ИЗ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, НАПРАВЛЕННЫХ В БЮДЖЕТЫ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ВЫПОЛНЕНИЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РАМКАХ БАЗОВОЙ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, ЗА 2011 ГОД

(тыс. рублей)

Наименование показателя	Дотации, направленные на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования
Российская Федерация, всего	95 954 259,0
Республика Адыгея (Адыгея)	263 262,1
Республика Алтай	350 641,2
Республика Башкортостан	2 074 311,5
Республика Бурятия	1 092 193,7
Республика Дагестан	3 948 420,1
Республика Ингушетия	812 725,6
Кабардино-Балкарская Республика	807 572,6
Республика Калмыкия	282 109,5
Карачаево-Черкесская Республика	203 238,5
Республика Карелия	1 219 128,4

Наименование показателя	Дотации, направленные на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования
Республика Коми	1 179 863,8
Республика Марий Эл	601 789,1
Республика Мордовия	571 226,9
Республика Саха (Якутия)	1 442 254,6
Республика Северная Осетия - Алания	519 752,4
Республика Татарстан (Татарстан)	2 484 902,1
Республика Тыва	337 787,7
Удмуртская Республика	1 803 913,7
Республика Хакасия	933 771,1
Чеченская Республика	1 979 984,1
Чувашская Республика - Чувашия	1 490 412,2
Алтайский край	3 201 864,9
Забайкальский край	2 461 438,4
Камчатский край	405 677,9
Краснодарский край	2 453 141,5
Красноярский край	2 046 450,3
Пермский край	859 997,5
Приморский край	2 082 430,6
Ставропольский край	2 255 624,1
Хабаровский край	1 762 182,2
Амурская область	1 194 515,5
Архангельская область	2 181 330,1
Астраханская область	740 681,4
Белгородская область	454 229,1
Брянская область	1 090 561,8
Владимирская область	693 040,5
Волгоградская область	1 486 428,7
Вологодская область	189 151,9
Воронежская область	1 551 886,8
Ивановская область	1 006 581,5
Иркутская область	3 415 107,1
Калининградская область	515 615,3
Калужская область	510 226,8
Кемеровская область	2 562 134,0
Кировская область	1 594 748,9
Костромская область	636 284,0
Курганская область	1 094 704,5
Курская область	1 225 400,8
Ленинградская область	442 920,2
Липецкая область	141 364,7
Магаданская область	342 504,3
Московская область	2 204 360,4
Мурманская область	871 753,4
Нижегородская область	1 292 184,1
Новгородская область	481 987,7

Наименование показателя	Дотации, направленные на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования
Новосибирская область	1 519 402,2
Омская область	2 340 577,1
Оренбургская область	1 028 085,7
Орловская область	648 717,2
Пензенская область	1 348 757,9
Псковская область	529 783,3
Ростовская область	1 985 935,4
Рязанская область	1 066 348,4
Самарская область	721 912,8
Саратовская область	1 897 975,1
Сахалинская область	1 363 290,8
Свердловская область	964 414,7
Смоленская область	955 005,8
Тамбовская область	862 600,7
Тверская область	692 178,7
Томская область	742 564,2
Тульская область	1 856 982,4
Тюменская область	308 118,6
Ульяновская область	1 705 654,0
Челябинская область	1 278 282,0
Ярославская область	447 972,3
Город Москва	15 237,6
Город Санкт-Петербург	837 032,8
Еврейская автономная область	188 505,8
Ненецкий автономный округ	17 359,3
Ханты-Мансийский автономный округ - Югра	350 650,8
Чукотский автономный округ	21 990,9
Ямало-Ненецкий автономный округ	397 634,3
Город Байконур	13 516,4

Расширенное совещание Совета директоров фондов ОМС

19 октября 2012 г., Москва



19 октября в Москве прошло расширенное совещание Совета директоров фондов ОМС и представителей ФОМС в федеральных округах по вопросам реализации Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

На совещании были подведены предварительные итоги реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в 2011-2012 годах и итоги реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2012 году.



Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования, председатель Совета директоров фондов ОМС Н.Н. Стадченко отметила, что в 2013 г. в систему ОМС включается скорая медицинская помощь: «Грядущий 2013 год будет для нас непростым и очень сложным, прежде всего, потому,

что с начала следующего года в систему ОМС входит скорая медицинская помощь. Для этой категории медицинской помощи вхождение и работа в системе ОМС будет определенным «стрессом». Территориальные

фонды ОМС имеют возможность и ресурс обеспечить организацию вхождения скорой медицинской помощи в систему ОМС на высоком профессиональном уровне, чтобы медицинские работники службы скорой медицинской помощи не только не ощутили потери в заработной плате, но увидели преимущество работы в системе ОМС и возможности для повышения заработной платы в зависимости от вклада. Мы эту работу спросим с территориальных фондов ОМС. В Федеральном фонде ОМС готовы к решению организационных проблем, которые могут возникнуть на всех этапах работы «скорой» помощи в системе обязательного медицинского страхования».



**Заместитель Председателя
ФОМС И.В. Соколова**

О порядке финансового обеспечения осуществления переданных полномочий Российской Федерации субъектам Российской Федерации по организации обязательного медицинского страхования в 2013 г.

Базовая программа оказания медпомощи на территории субъектов РФ, а также организация обязательного медицинского страхования осуществляется за счет субвенций из бюджета Федерального Фонда ОМС. Правовой основой для определения размера субвенций является Постановление Правительства РФ от 05.05.2012 г. № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования 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».

Общий объем субвенций, предоставляемых бюджетам территориальных фондов, зависит от числа застрахованных лиц, норматива финансового обеспечения базовой программы ОМС, а также коэффициента дифференциации, рассчитанного для каждого субъекта Российской Федерации. В 2012 г. источником формирования субвенций стали страховые взносы работодателей по тарифу 3,1% и страховые взносы на ОМС неработающего населения, рассчитанные в соответствии с Федеральным законом от 30.11.2011 г. № 354-ФЗ, размер которых не может быть менее фактического размера указанных страховых взносов в 2010 г. и 25% прироста страховых взносов на ОМС неработающего населения в 2012 г. по сравнению с 2010 г. В объеме субвенции 2013 г. учтены страховые

взносы работодателе по тарифу 5,1% и страховые взносы на ОМС неработающего населения, исчисленные как сумма фактического размера указанных страховых взносов в 2010 г. и 50% прироста страховых взносов на ОМС неработающего населения в 2013 г. по сравнению с 2010 годом. Общий объем субвенции в 2013 г. составит 985,4 млрд. рублей.

Основными параметрами для расчета субвенций на грядущий 2013 г. станут:

- численность застрахованных граждан на 1 апреля 2012 г. (142 092 825 чел);
- норматив финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования на одно застрахованное лицо в 2013 г. (5 942,5 руб.);
- коэффициент дифференциации в среднем по Российской Федерации (1.1670).

В 2013 г. за счет субвенций будет расширен тариф на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования за счёт включения расходов на содержание медицинских организаций в пределах прироста страховых взносов на ОМС неработающего населения в 2013 г. по сравнению с 2012 г., в т.ч. обеспечено повышение заработной платы медицинских работников. Проведена диспансеризация работающих граждан, детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, на уровне не ниже 2012 г., осуществлены денежные выплаты врачам и медсестрам первичного звена, медицинскому персоналу ФАПов и скорой медицинской помощи в пределах не ниже 2012 г.

В 2013 г. финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) и расходов на содержание медицинских организаций в объеме разницы между размером указанных расходов и приростом объема страховых взносов на ОМС неработающего населения по сравнению с 2012 г. будет осуществляться за счет межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджетов субъектов Российской Федерации в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования.



**Начальник Управления модернизации системы ОМС ФОМС
О.В. Царева**

О финансовом исполнении региональных программ модернизации здравоохранения субъектов России.

В 2012 г. по состоянию на 1 октября 2012 г. регионам на реализацию программ модернизации здравоохранения было предоставлено 336,3 млрд. руб. Из них, в среднем, по России регионами израсходовано 225 млрд. руб. (66,9 %). Высокий уровень исполнения региональных программ в части использования предоставленных субсидий – не менее 80% – достигнут в республиках Адыгея, Башкортостан и Бурятия, Карачаево-Черкесской Республике, Забайкальском и Хаба-

ровском края, а также в Брянской, Астраханской, Ивановской и Тамбовской областях. В число регионов, чьи целевые расходы составили не более 55%, вошли Кабардино-Балкарская Республика, Республика Тыва, Калужская, Московская, Свердловская, Тверская, Тульская области, Еврейская автономная область, Чукотский автономный округ и г. Москва.

На укрепление материально-технической базы регионами было использовано 64,5% от предоставленных Федеральным фондом обязательного медицинского страхования субсидий, на внедрение современных информационных систем в здравоохранении – лишь 37,3%. В отдельных субъектах Российской Федерации, в число которых вошли Кабардино-Балкарская Республика, республика Калмыкия и Северная Осетия – Алания, Приморский край, Брянская и Тульская области, а также Чукотский и Ямало-Ненецкий автономные округа, использование субсидий на внедрение информационных систем к 1 октября 2012 г. так и не начали.

На финансовое обеспечение мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения по внедрению стандартов медицинской помощи и повышению доступности амбулаторной медицинской помощи было израсходовано 77,5% от направленных из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на данные цели средств. Показатель их использования ниже 55% отмечен в 7 регионах России: республиках Ингушетия и Коми, Карачаево-Черкесской Республике, Республике Северная Осетия – Алания и Чеченской Республике, а также в Орловской области и Еврейской автономной области. Кроме того, в ряде субъектов Российской Федерации выявлен высокий уровень формирования на счетах территориальных фондов обязательного медицинского страхования остатков субсидий: Республике Ингушетия, Северная Осетия – Алания, Чеченской Республике, а также в Орловской области и Еврейской автономной области.

В рамках реализации региональных программ модернизации здравоохранения к 1 октября 2012 г. завершено строительство ранее начатых объектов в Республике Алтай, Республике Татарстан, Удмуртской Республике, в Хабаровском крае, Белгородской, Калужской и Липецкой областях, а также в Ненецком автономном округе. Капитальный ремонт закончен в полном объеме в 95,3% от планируемого количества учреждений здравоохранения в Республике Дагестан, в 86,7% – в Республике Алтай, в 75% – в Амурской области, в 73,7% – в Республике Марий Эл, в 67,7% – в Пермском крае и в 65,2% учреждений – в Архангельской области. Свыше 80% оборудования закуплено в 6 регионах: республиках Бурятия и Хакасия, Чеченской Республике, Пермском и Ставропольском краях, а также в Липецкой области. Мероприятия по внедрению стандартов медпомощи реализованы в 97% медицинских организаций. Значительное неисполнение сетевых графиков субъектов Российской Федерации по данному

Финансовое исполнение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации (по состоянию на 01.10.2012 г.)

	Субсидии ФОМС	Средства бюджета субъекта РФ	Средства бюджета ТФОМС
Предоставлено (млрд. руб.)	336,3	112,8	130,2
Израсходовано (млрд. руб.)	225,0	64,5	89,3
Процент исполнения	66,9%	57,1%	68,6%

мероприятию программ модернизации здравоохранения выявлено в республиках Алтай и Саха (Якутия), Чеченской Республике, в Приморском крае, Орловской и Самарской областях, а также в Еврейской автономной области.

Дополнительные денежные выплаты врачам амбулаторного звена в среднем составили 8,3 тыс. рублей; 100% от плана и более получили медработники Удмуртской Республики (100,2%), Чувашской Республики (105,5%), Краснодарского края (121,7%), Амурской (119,1%), Астраханской (134,1%), Курганской (108,9%), Волгоградской (103,7%), Тамбовской (119,9%), Ульяновской областей (100%), а также медики г. Москвы (104,4%) и Ямало-Ненецкого автономного округа (122,7%). Денежные надбавки в размере менее 55% от запланированного размера среднемесячной выплаты получили медработники Кабардино-Балкарской Республики, Забайкальского и Хабаровского краев, Кировской, Курской, Липецкой, Новгородской и Калининградской областей, а также Еврейской автономной области и Чукотского автономного округа.



Начальник управления организации ОМС ФОМС С.Г. Кравчук

О формировании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 гг.

До конца текущего года в субъектах Российской Федерации утверждаются Территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

С учетом норм Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» Территориаль-

ные программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи впервые формируются на три года

Средние подушевые нормативы финансирования увеличены и составляют за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование базовой программы обязательного медицинского страхования за счет субвенций Федерального фонда обязательного медицинского страхования: в 2013 г. – 5 942,5 рубля, в 2014 г. – 6 962,5 рубля, в 2015 г. – 8 481,5 рубля.

С 2013 года за счет средств обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи), мероприятий по диспансеризации отдельных категорий граждан, применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая лекарственное обеспечение в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях.



Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на 2013-2015 гг.

Вид медицинской помощи	Единица измерения	За счет средств бюджетов субъектов РФ			За счет средств в ОМС		
		2013 год	2014 год	2015 год	2013 год	2014 год	2015 год
Скорая медицинская помощь	рублей на 1 вызов	-	-	-	1 435,6	1 507,4	1 582,8
Медицинская помощь в амбулаторных условиях	рублей на 1 посещение с профилактической целью	271,0	360,0	448,9	266,3	318,4	348,4
	рублей на 1 посещение по неотложной медицинской помощи	-	-	-	340,9	407,6	445,9
Медицинская помощь в стационарных условиях	рублей на 1 обращение в связи с заболеванием	771,8	1 044,0	1 256,9	772,3	923,4	1 010,3
	рублей на 1 койко-день	508,3	559,4	610,5	570,0	590,0	620,0
Медицинская помощь в условиях дневных стационаров	рублей на 1 случай применения вспомогательных репродуктивных технологий	-	-	-	106 253,9	113 109,0	119 964,1
	рублей на 1 койко-день	1 657,0	1 714,8	2 231,1	1 756,2	2 034,2	2 428,8
Паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях	рублей на 1 койко-день	1 537,2	1 654,3	2 137,0	-	-	-

Тарифы на оплату медицинской помощи

Часть 2 статьи 30 №326-ФЗ с 1 января 2013 года

Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются тарифным соглашением между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", и профессиональными союзами медицинских работников или их объединяемыми (ассоциациями), включенными в состав комиссии, создаваемой в субъекте Российской Федерации в соответствии с частью 9 статьи 36 настоящего Федерального закона.

пределах увеличения размера тарифа страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения (на 2013-2014 гг.);

расходы на внедрение стандартов медицинской помощи; финансовое обеспечение мероприятий по диспансеризации отдельных категорий граждан в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации;

расходы на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей);

расходы на денежные выплаты медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медицинским сестрам скорой медицинской помощи.

Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) застрахованным лицам в 2013 и 2014 г. осуществляется за счет межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджетов субъекта Российской Федерации в бюджет территориального фонда обязательного медицин-

Средний подушевой норматив финансового обеспечения медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования включает:

- расходы на оказание медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;
- расходы на ведение дела в сфере обязательного медицинского страхования;
- передаваемые расходы бюджета субъекта Российской Федерации на содержание медицинских организаций в

ского страхования, в объеме не менее фактических расходов консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации на указанные цели в предыдущем году.

Объем скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи), по базовой программе обязательного медицинского страхования определяется исходя из норматива объема скорой медицинской помощи (0,318 вызова на 1 застрахованное лицо в среднем по Российской Федерации) и численности застрахованных лиц.

Для оптимизации планирования и учета медицинской помощи в амбулаторных условиях впервые в качестве норматива объема предложены:

- посещение с профилактической целью (в т.ч. центров здоровья, по диспансеризации, включая посещения к среднему медицинскому персоналу и др.);
- обращение по поводу заболевания.

Также отдельно выделен норматив объема медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, в рамках программы обязательного медицинского страхования.

В целях увеличения доступности и качества медицинской помощи увеличен объем медицинской помощи в условиях дневных стационаров различных типов, в том числе в условиях стационаров на дому для ветеранов и лиц пожилого возраста, стационарах одного дня, центрах амбулаторной хирургии, что будет способствовать дальнейшему развитию ста-

ционарозамещающих технологий и повышению доступности медицинской помощи для населения.

Оплата медицинской помощи осуществляется по способам оплаты, установленным территориальной программой государственных гарантий, и тарифам на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, принятым тарифным соглашением.

С 01 января 2013 года оплата медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования осуществляется по тарифу на оплату медицинской помощи, включающего дополнительные виды расходов в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

В 2013 и 2014 годах финансовое обеспечение расходов, включаемых в структуру тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона с 2013 года, в объеме разницы между размером указанных расходов и приростом размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения по сравнению с 2012 годом, осуществляется за счет межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджетов субъектов Российской Федерации в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Субъектам Российской Федерации рекомендуется применять 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 клинко-статистической группе болезней).

Западном, Северо-Кавказском, Дальневосточном и Приволжском.

Основными направлениями нецелевого использования субсидии ФОМС были оплата работ и услуг, не относящихся к капитальному ремонту, не предусмотренных государственным (муниципальным) контрактом, оплата не выполненных работ по капитальному ремонту, изменения площади ремонтируемого объекта, необоснованные выплаты в рамках мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи (врачам, не вошедшим в перечень; не имеющим высшего медицинского образования; не имеющим сертификата врача-специалиста).

В ходе проверок помимо нецелевого использования средств субсидии ФОМС выявлены и другие нарушения и недостатки. В бюджете субъекта не обособлены ассигнования на софинансирование программы модернизации здравоохранения, средства предусмотрены по целевой статье расходов, целевым программам, прямо не относящимся к программе модернизации.

Нарушались положения Федерального закона № 94-ФЗ при осуществлении государственных и муниципальных закупок товаров, работ и услуг. Необоснованно изменялись сроки и объемы работ, источники финансирования и цены, порядок оплаты работ. Заключались контракты без проведения торгов



Начальник контрольно-ревизионного управления ФОМС И.О. Трясучев

О результатах проверок субъектов Российской Федерации по использованию средств, предусмотренных на финансовое обеспечение программ и мероприятий по модернизации здравоохранения

За девять месяцев 2012 г. Контрольно-ревизионным управлением ФОМС была проведена проверка 31 субъекта Российской Федерации, общее число проверок составило 36. Проверено 258 медицинских организаций, общий объем финансового обеспечения которых в рамках мероприятий программы модернизации здравоохранения составил 74,9 млрд. рублей, или 32,8% от общей стоимости программ модернизации. Наибольшее количество проверок было проведено в Сибирском и Северо-Кавказском федеральных округах.

Нецелевое использование субсидии ФОМС в 2011-2012 г. выявлено в пяти федеральных округах: Сибирском, Северо-

и т.д. Несоответствие сроков проведения работ отмечено в 48 субъектах Российской Федерации, оплата не начатых или оплата сверх фактически выполненных работ – в пяти субъектах. Выявлен случай осуществления оплаты до заключения государственного контракта, а также факт реализации мероприятия по капитальному ремонту объекта, не утвержденного программой модернизации. Отсутствие претензионной работы со стороны заказчика при нарушении условий контракта установлено в семи субъектах. В 29 субъектах сроки поставки медицинского оборудования не соответствовали сетевому графику программы модернизации. В 14 субъектах нарушены сроки поставок оборудования, установленные контрактом. Несвоевременная передача оборудования в государственную собственность выявлена в восьми субъектах Российской Федерации.

Проверками установлены единичные факты покупки медицинского оборудования, не предусмотренного программами модернизации. В ряде медицинских учреждений поставленное медицинское оборудование не было введено в эксплуатацию из-за неподготовленности необходимых помещений, отсутствия подготовленного медицинского персонала, поставки некомплектного оборудования, не выполнения условий СанПин 2.6.1.1192-03 «Гигиенические требования к устройству и эксплуатации рентгеновских кабинетов, аппаратов и проведению рентгенологических исследований».

При проверках проведения углубленной диспансеризации 14-летних подростков выявлены нарушения в части выплат работникам, участвующим в проведении данного мероприятия: нарушения порядка оплаты при привлечении недостающих для проведения указанной диспансеризации специалистов, оплаты работ привлеченным медицинским организациям, не имеющим лицензии на соответствующий вид

медицинской деятельности. Нарушения сроков проведения углубленной диспансеризации 14-летних подростков выявлены в 14 субъектах Российской Федерации.

Отмечены недостатки при проверках реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи. Так в ряде субъектов Российской Федерации выявлены факты несвоевременного представления медицинскими организациями реестров счетов в страховые медицинские организации. Число врачей и работников со средним медицинским образованием, получивших доплаты, а также размер доплат не соответствовал предусмотренным программой модернизации здравоохранения.

Основными нарушениями при осуществлении единовременных компенсационных выплат по программе «Земский доктор» стали нарушения требований части 12.2 Федерального закона № 326-ФЗ. Не выполнялось требование, устанавливающее 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 соответствии с договором с уполномоченным органом государственной власти субъекта Российской Федерации. В заявку на получение иных межбюджетных трансфертов из бюджета ФОМС включались работники, работавшие в сельском населенном пункте до 2011 г., уволившиеся в 2012 г. и затем, через короткий промежуток времени, вновь принятые на ранее занимаемые должности. Заключались трудовые договоры с врачами-специалистами при отсутствии у медицинских организаций лицензий на соответствующий вид деятельности. Нарушались сроки предоставления единовременных компенсационных выплат, установленные договором с уполномоченным органом.



**Заместитель начальника
Финансово-экономического
управления ФОМС
И.А. Железнякова**

Внедрение оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях за законченный случай лечения заболевания в соответствии с тарифами, определенными по группам, объединяющим заболевания (клинико-статистические группы заболеваний)

При реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

- по тарифам за законченный случай лечения заболевания;
- за законченный случай лечения заболевания в соответствии с тарифами, определенными по группам, объединяющим заболевания (клинико-статистические группы заболеваний).

Преимущества оплаты стационарной медицинской помощи по клинико-статистическим группам заболеваний для Терфондов ОМС и органов управления здравоохранения субъектов РФ заключаются в использовании одной модели финансирования всей стационарной помощи, в возможности гибкой настройки системы финансирования для достижения целей политики здравоохранения. Система КСГ может использоваться для оценки эффективности стационаров и сравнения результатов их работы, гибкие механизмы позволяют соблюдать «нейтральность» бюджетов. Использование стимулирующих коэффициентов при оплате медпомощи позволяет влиять на структуру госпитализации, а также стимулирует к использованию современных медицинских технологий. Оплата стационарной помощи по клинико-статистическим группам заболеваний станет преимуществом для медицинских организаций по следующим критериям:

- более гибкое использование средств, включая возможность «перекрестного субсидирования» между случаями, вошедшими в одну группу;
- наличие стимулов повышать эффективность работы, снижать объем «ненужных» услуг;
- экономическая заинтересованность в реструктуриза-



ОСНОВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ВНЕДРЕНИИ СИСТЕМЫ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП (КСГ) В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

- Обеспечение сбора основной клинической и медико-демографической информации о каждом пролеченном случае
- Расчет базовой ставки финансирования стационарной медицинской помощи
- Моделирование финансового обеспечения медицинских организаций по системе клиничко-статистических групп
- Определение (при необходимости) корректирующих коэффициентов
- Установление индикаторов для оценки эффективности внедрения системы клиничко-статистических групп

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ 2

ции, перепрофилировании коек, развития востребованных видов услуг;

- наличие гибких механизмов соблюдения «нейтральности бюджетов»;
- возможность синхронизации системы финансирования с системой оплаты труда врачей.

Клиничко-статистические группы (КСГ) являются классификацией стационарных случаев в группы, клиничко-статистически однородные и сходные по средней ресурсоемкости. Под ресурсоемкостью понимается не только близкая средняя стоимость, но также близкая структура затрат и набор используемых клиничко-статистических ресурсов.

Для того чтобы внедрить системы клиничко-статистических групп в регионах, необходимо собрать клиничко-статистическую и медико-демографическую информацию о каждом пролеченном случае, рассчитать базовую ставку финансирования стационарной медпомощи, смоделировать финансовое обеспечение медорганизаций по системе КСГ, определить корректирующие коэффициенты, а также уста-

ОСНОВНЫЕ ИНДИКАТОРЫ МОНИТОРИНГА ПРИ ВНЕДРЕНИИ СИСТЕМЫ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП (КСГ) В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

- изменение продолжительности среднего пребывания в стационаре;
- изменение средней сложности пролеченных в стационарах больных в разрезе уровней стационаров;
- снижение уровня «разброса» в среднем пребывании по наиболее часто встречающимся диагнозам между стационарами;
- изменение объемов (структуры госпитализации по группам, к которым применялись коэффициенты политической коррекции

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ 3

новить индикаторы для оценки эффективности внедрения системы КСГ.



Директор ТФОМС Нижегородской области Е.И. Хлабутина

Опыт внедрения скорой медпомощи осуществлялся на базе ГБУЗ НО «Городская больница скорой медицинской помощи им. М.Ф. Владимирского»

В части порядка применения тарифов по ОМС за вызов скорой медицинской помощи оплате подлежит один вызов врачебной выездной бригады или фельдшерской выездной бригады по тарифам по ОМС, утвержденным в установленном порядке. Реестр счетов и счета на оплату вызова врачебной выездной бригады или фельдшерской выездной бригады заполняются на основании «Журнала записи вызовов скорой медицинской помощи» (форма № 109/у), «Карты вызова скорой медицинской

помощи» (форма № 110/у), «Сопроводительного листа станции (отделения) скорой медицинской помощи и талона к нему» (форма № 114/у), утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 02.12.2009 г. № 942. Заполненный реестр счетов и счет заверяются подписями главного врача и главного бухгалтера медицинской организации, печатью медицинской организации. Для проверки достоверности представляемых реестров в медицинской организации должно быть обеспечено централизованное хранение «Журнала записи вызовов скорой медицинской помощи» (форма № 109/у), «Карты вызова скорой медицинской помощи» (форма № 110/у), талона к сопроводительному листу станции (отделения) скорой медицинской помощи (форма № 114/у). В целях персонализированного учета медицинской помощи представляются также электронные реестры на оплату вызова врачебной выездной бригады или фельдшерской выездной бригады.

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

РЕШЕНИЕ

**по итогам Расширенного совещания Совета директоров фондов обязательного
медицинского страхования и представителей Федерального фонда обязательного
медицинского страхования в федеральных округах
по вопросам реализации Федерального закона от 29.11.2010 года № 326-ФЗ
«Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»**

19 октября 2012 года

г. Москва

I. Порядок финансового обеспечения осуществления переданных полномочий Российской Федерации субъектам Российской Федерации по организации обязательного медицинского страхования в 2013 году.

(Соколова И.В., Стадченко Н.Н., Алексеев А.Н., Дудаев М.И.)

Директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования:

- принять к сведению информацию о предложениях, подготовленных к внесению изменений в Федеральный закон от 30 ноября 2011 г. № 370-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2012 год и на плановый период 2013 и 2014 годов», в части увеличения доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования с учетом фактического исполнения бюджета за истекший период года и ожидаемого исполнения бюджета в 2012 году, что позволит увеличить субвенции, предоставляемые бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, и пополнить нормированный страховой запас в текущем году;

- при формировании проектов бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год и плановый период исчисление размера субвенции на 2013 год осуществлять строго в соответствии с требованиями Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» по Методике, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования 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»;

- учесть, что субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования в 2013 году будут предоставляться при соблюдении условий, установленных статьей 27 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

- принять меры совместно с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации к утверждению объема бюджетных ассигнований на обязательное медицинское страхование неработающего населения на 2013 год в законе о бюджете субъекта Российской Федерации в соответствии со статьей 23 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

- довести до сведения органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации об изменениях в часть 5 статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2011 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», принятых Государственной Думой Российской Федерации во втором чтении 26 октября 2012 года;

- совместно с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации принять исчерпывающие меры, обеспечивающие в 2013-2014 годах финансирование скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) и расходов на содержание медицинских организаций в размере, превышающем прирост страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения по сравнению с 2012 годом, за счет межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджетов субъектов Российской Федерации в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

II. Формирование территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014-2015 годов.

(Кравчук С.Г., Стадченко Н.Н., Вербитский М.Г., Курцев А.В., Чагин А.П., Пузакова Е.В., Нечепоренко Ю.А.)

Директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования:

- довести до органов государственной власти субъектов Российской Федерации информацию о необходимости своевременного принятия нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации по утверждению территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающих территориальные программы обязательного медицинского страхования;
- при разработке территориальных программ обязательного медицинского страхования обеспечить исполнение требований Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и постановления Правительства Российской Федерации «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014-2015 годов»;
- учитывать изменение средних нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и средние подушевые нормативы финансирования, определенных программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014-2015 годов;
- принять к сведению информацию о вносимых изменениях в приказ Минздравсоцразвития России от 24.12.2010 № 1184н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» в части детализации распределения объемов медицинской помощи, а также изменениях в приказе Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 г. № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» в части определения объемов проведения контрольных мероприятий при осуществлении скорой медицинской помощи и редакции перечня дефектов оказания медицинской помощи.

III. Опыт работы территориального фонда обязательного медицинского страхования по включению в сферу обязательного медицинского страхования услуг скорой медицинской помощи.

(Хлабутина Е.И., Стадченко Н.Н., Карчевская С.А., Машков Ю.И., Анохин В.Д.)

Директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования:

- изучить опыт работы Территориального фонда обязательного медицинского страхования Нижегородской области по включению в сферу обязательного медицинского страхования услуг скорой медицинской помощи;
- проводить подготовительные мероприятия по организации финансового обеспечения скорой медицинской помощи с 2013 года.

IV. Организация работы по переходу на казначейское исполнение бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

(Береза Н.В., Карчевская С.А.)

Директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования предоставить в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования информацию для согласования нормативов расходов на обеспечение выполнения территориальными фондами обязательного медицинского страхования своих функций.

V. О внесении изменений в Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

(Устюгов А.В., Карчевская С.А., Машков Ю.И., Хлабутина Е.И., Назаров В.И., Козлов В.Г.)

Одобрить предлагаемые поправки к проекту Федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

VI. Предварительные итоги реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в 2011-2012 годах и итоги реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2012 году.

(Царева О.В., Карчевская С.А.)

Директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования:

- принять исчерпывающие меры по выполнению региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в части внедрения стандартов медицинской помощи, повышения доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами;
- провести работу со страховыми медицинскими организациями в части корректного составления заявок на получение средств, направляемых на внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами;

- предоставить в Управление модернизации системы ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования в срок до 15 ноября 2012 года предложения по определению показателей эффективности региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации;

- довести до сведения органов государственной власти субъектов Российской Федерации, не выполняющих план по диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, о необходимости направить в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в срок до 15 ноября 2012 года письмо с прогнозом исполнения плана по проведению диспансеризации указанной категории лиц.

VII. Вопросы информационного взаимодействия в системе ОМС: ведение единого регистра застрахованных лиц, интеграция с единой информационной системой в сфере здравоохранения, введение универсальной электронной карты гражданина, информационное взаимодействие со страховыми медицинскими организациями.

(Нечепоренко Ю.А., Карчевская С.А.)

Директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования:

- устранить проблемы технического характера при ведении региональных сегментов единого регистра застрахованных лиц;

- своевременно проводить работу по актуализации региональных сегментов единого регистра застрахованных лиц и осуществлять контроль за численностью застрахованных лиц;

- обеспечивать соблюдение сроков направления заявок на изготовление полисов обязательного медицинского страхования;

- обеспечивать соблюдение сроков по ведению реестров страховых медицинских организаций и медицинских организаций.

VIII. Внедрение оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях за законченный случай лечения заболевания в соответствии с тарифами, определенными по группам, объединяющим заболевания (клинико-статистические группы заболеваний).

(Железнякова И.А., Карчевская С.А., Куликова Н.В., Козлов В.Г.)

Директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования принять к сведению способы оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях за законченный случай лечения заболевания в соответствии с тарифами, определенными по группам, объединяющим заболевания (клинико-статистические группы заболеваний).

IX. О результатах проверок субъектов Российской Федерации по использованию средств, предусмотренных на финансовое обеспечение программ и мероприятий по модернизации здравоохранения.

(Трясучев И.О., Стадченко Н.Н.)

Директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования:

- активизировать работу по восстановлению средств, предусмотренных на финансовое обеспечение мероприятий по исполнению региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, использованных не по целевому назначению;

- активизировать работу по контролю за использованием средств, предусмотренных на финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам.

X. Подведение итогов совещания.

(Стадченко Н.Н.)

Директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования предоставить предложения (при наличии) по вопросам, обсуждаемым на совещании, в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в срок до 1 ноября 2012 года.

Председатель

Н.Н. Стадченко

О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов

Кравчук С.Г.

начальник управления организации ОМС ФОМС



С.Г. Кравчук,

Впервые Правительством Российской Федерации Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи утверждена сроком на три года, на 2013 г. и на плановый период 2014 и 2015 г. (далее – Программа), с учетом норм Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

В Программу дополнительно включен раздел «Требования к территориальной программе в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи».

Для оптимизации планирования и учета медицинской помощи в амбулаторных условиях впервые в качестве норматива объема предложены:

- посещение с профилактической целью (в т.ч. центров здоровья, по диспансеризации, включая посещения к среднему медицинскому персоналу и др.);

- обращение по поводу заболевания.

Также отдельно выделен норматив объема медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, в рамках программы обязательного медицинского страхования.

В целях увеличения доступности и качества медицинской помощи увеличен объем медицинской помощи в условиях дневных стационаров различных типов, в том числе в условиях стационаров на дому для ветеранов и

лиц пожилого возраста, стационарах одного дня, центрах амбулаторной хирургии, что будет способствовать дальнейшему развитию стационарозамещающих технологий и повышению доступности медицинской помощи для населения.

В отдельный вид медицинской помощи, оказываемой за счет бюджетных ассигнований в рамках Программы, выделена паллиативная медицинская помощь, предоставляемая в медицинских организациях.

С 2013 г. за счет средств обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи), мероприятий по диспансеризации отдельных категорий граждан, применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая лекарственное обеспечение в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях.

Средние подушевые нормативы финансирования, предусмотренные Программой, увеличены и составляют на 2013 г. – 9032,5 рубля, в 2014 г. – 10294,4 рубля, в 2015 г. – 12096,7 рубля, в том числе за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование базовой программы обязательного медицинского страхования за счет субвенций Федерального фонда обязательного медицинского страхования: в 2013 г. – 5 942,5 рубля, в 2014 г. – 6 962,5 рубля, в 2015 г. – 8 481,5 рубля.



ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 22 октября 2012 г. № 1074

О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов

В целях обеспечения конституционных прав граждан Российской Федерации на бесплатное оказание медицинской помощи Правительство Российской Федерации **п о с т а н о в л я е т** :

1. Утвердить прилагаемую Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов.

2. Министерству здравоохранения Российской Федерации:

а) внести в установленном порядке в Правительство Российской Федерации:

до 1 июля 2013 г. - доклад о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год;

до 15 сентября 2013 г. - проект программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов;

б) давать разъяснения по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов, в том числе совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования - в части, касающейся формирования и экономического обоснования территориальных программ обязательного медицинского страхования на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов;

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

3. Рекомендовать органам государственной власти субъектов Российской Федерации утвердить до 25 декабря 2012 г. территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов.

Председатель Правительства
Российской Федерации

Д. Медведев

УТВЕРЖДЕНА
постановлением Правительства
Российской Федерации
от 22 октября 2012 г. № 1074

ПРОГРАММА

государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов

I. Общие положения

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов (далее - Программа) устанавливает перечень видов, форм и условий оказываемой бесплатно медицинской помощи, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, а также требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи.

Программа формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики.

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с Программой разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов, включая территориальные программы обязательного медицинского страхования, установленные в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании (далее - территориальная программа).

В рамках территориальной программы за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и средств обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение оказания медицинской помощи гражданам при постановке их на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные образовательные учреждения профессионального образования и призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу, за исключением медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной службе.

II. Виды, условия и формы оказания медицинской помощи

В рамках Программы бесплатно предоставляются:

первичная медико-санитарная помощь, в том числе доврачебная, врачебная и специализированная; специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь; скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь; паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях.

Понятие «медицинская организация» используется в Программе в значении, определенном в федеральных актах «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается бесплатно в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами).

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается бесплатно в стационарных условиях и в условиях дневного стационара врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродового периода), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Высокотехнологичная медицинская помощь является частью специализированной медицинской помощи и включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

Высокотехнологичная медицинская помощь оказывается медицинскими организациями в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, утверждаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения оказывается гражданам бесплатно.

При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, представляющая собой транспортировку граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродового периода и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий).

Медицинская эвакуация осуществляется выездными бригадами скорой медицинской помощи с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.

Паллиативная медицинская помощь оказывается бесплатно в амбулаторных и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи, и представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.

Медицинская помощь оказывается в следующих формах:

экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;

плановая - медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

При оказании в рамках Программы первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Фе-

деральным законом «Об обращении лекарственных средств», и медицинскими изделиями, которые предусмотрены стандартами медицинской помощи.

III. Требования к территориальной программе в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи

Территориальная программа, включая территориальную программу обязательного медицинского страхования, в части определения порядка и условий оказания медицинской помощи должна включать:

условия реализации установленного законодательством Российской Федерации права на выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача (с учетом согласия врача);

порядок реализации установленного законодательством Российской Федерации права внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в медицинских организациях, находящихся на территории субъекта Российской Федерации;

порядок обеспечения граждан лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, донорской кровью и ее компонентами, лечебным питанием, в том числе специализированными продуктами лечебного питания, по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи с учетом видов, условий и форм оказания медицинской помощи;

перечень мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, осуществляемых в рамках территориальной программы;

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

сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, в том числе сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований, а также консультаций врачей-специалистов;

условия пребывания в медицинских организациях при оказании медицинской помощи в стационарных условиях, включая предоставление спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста - при наличии медицинских показаний;

условия размещения пациентов в маломестных палатах (боксах) по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям, установленным Министерством здравоохранения Российской Федерации;

порядок предоставления транспортных услуг при сопровождении медицинским работником пациента, находящегося на лечении в стационарных условиях, в целях выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи в случае необходимости проведения такому пациенту диагностических исследований - при отсутствии возможности их проведения медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь пациенту;

условия и сроки диспансеризации населения для отдельных категорий населения, включая подростков и студентов, обучающихся по очной форме на бюджетной основе;

целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы.

При формировании территориальной программы учитываются:

порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи;

особенности половозрастного состава населения субъекта Российской Федерации;

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

климатические и географические особенности региона и транспортная доступность медицинских организаций;

сбалансированность объема медицинской помощи и ее финансового обеспечения, в том числе уплата страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.

IV. Источники финансового обеспечения оказания медицинской помощи

Источниками финансового обеспечения Программы являются средства федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации, местных бюджетов (в случае передачи органами государственной власти субъектов Российской Федерации соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления), средства обязательного медицинского страхования.

В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи в 2013 и 2014 годах) в следующих страховых 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.

В рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение мероприятий по диспансеризации отдельных категорий граждан, применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая лекарственное обеспечение в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях.

Страховое обеспечение в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования устанавливается исходя из стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи, установленных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

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

При установлении территориальной программой обязательного медицинского страхования перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования территориальная программа обязательного медицинского страхования должна включать в себя также значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, значение норматива финансового обеспечения в расчете на одно застрахованное лицо, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, условия оказания медицинской помощи в таких медицинских организациях.

За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета осуществляется финансовое обеспечение:

скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями (в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в базовой программе обязательного медицинского страхования);

медицинской эвакуации, осуществляемой федеральными медицинскими организациями по перечню, утверждаемому Министерством здравоохранения Российской Федерации;

скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями, подведомственными Федеральному медико-биологическому агентству, населению закрытых административно-территориальных образований, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень, работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда (в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в базовой программе обязательного медицинского страхования);

специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук, за исключением медицинской помощи, осуществляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования (до 1 января 2015 г.);

высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, утверждаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации в порядке, устанавливаемом Правительством Российской Федерации, в том числе путем предоставления субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации (до 1 января 2015 г.);

предусмотренной федеральными законами для определенных категорий граждан медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук;

дополнительных мероприятий, установленных в соответствии с законодательством Российской Федерации;

лечения граждан Российской Федерации за пределами территории Российской Федерации, направленных в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации;

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

закупки лекарственных препаратов, предназначенных 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 (в 2013 году).

За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета осуществляется финансовое обеспечение предоставления в установленном порядке бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура в 2014 и 2015 годах субвенций на обеспечение лекарственными препаратами, предназначенными для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей по перечню заболеваний, утверждаемому Правительством Российской Федерации, гемофилией, муковисцидозом, 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 осуществляется финансовое обеспечение предоставления в установленном порядке бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура субвенций на оказание государственной социальной помощи отдельным категориям граждан в виде набора социальных услуг в части обеспечения необходимыми лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов.

При оказании в 2013 и 2014 годах медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук, при заболеваниях и состояниях, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета осуществляется финансовое обеспечение медицинской помощи в объеме, превышающем объемы медицинской помощи, установленные решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

За счет средств бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации осуществляется финансовое обеспечение:

скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи - в части медицинской помощи, не включенной в территориальную программу обязательного медицинского страхования,

а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в территориальных программах обязательного медицинского страхования;

первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в части медицинской помощи при заболеваниях, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекция и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ, включая профилактические осмотры несовершеннолетних в целях раннего (своевременного) выявления немедицинского потребления наркотических и психотропных веществ),

а также в части расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в территориальных программах обязательного медицинского страхования;

паллиативной медицинской помощи в медицинских организациях;

высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях субъектов Российской Федерации, правила финансового обеспечения которой определяются высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации (до 1 января 2015 г.).

За счет средств бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации осуществляется:

обеспечение граждан зарегистрированными в установленном порядке на территории Российской Федерации лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или его инвалидности;

обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, с учетом лекарственных препаратов, предусмотренных перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, утвержденным Правительством Российской Федерации;

обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой.

За счет средств местных бюджетов может предоставляться предусмотренная Программой медицинская помощь в медицинских организациях муниципальной системы здравоохранения в случае передачи органами государственной власти субъектов Российской Федерации соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления.

Кроме того, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов (в случае передачи органами государственной власти субъектов Российской Федерации соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления) в установленном порядке оказывается медицинская помощь и предоставляются иные государственные и муниципальные услуги (работы) в федеральных медицинских организациях, медицинских организациях субъектов Российской Федерации и муниципальных медицинских организациях соответственно, за исключением видов медицинской помощи, оказываемой за счет средств обязательного медицинского страхования, в лепрозориях, центрах 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, молочных кухнях и прочих медицинских учреждениях, входящих в номенклатуру учреждений здравоохранения, утвержденную Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Выравнивание финансовых условий реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования, а также стимулирование эффективности реализации территориальных программ осуществляются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

V. Средние нормативы объема медицинской помощи

Средние нормативы объема медицинской помощи по ее видам в целом по Программе рассчитываются в единицах объема на 1 жителя в год, по базовой программе обязательного медицинского страхования - на 1 застрахованное лицо. Средние нормативы объема медицинской помощи используются в целях планирования и

финансово-экономического обоснования размера средних подушевых нормативов финансового обеспечения, предусмотренных Программой, и составляют:

для скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию, на 2013 - 2015 годы - 0,318 вызова на 1 жителя;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической целью (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), на 2013 год - 2,44 посещения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 2,04 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2014 год - 2,64 посещения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 2,24 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2015 год - 2,7 посещения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 2,3 посещения на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями, на 2013 год - 2,1 обращения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 1,9 обращения на 1 застрахованное лицо, на 2014 год - 2,15 обращения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 1,95 обращения на 1 застрахованное лицо, на 2015 год - 2,2 обращения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 2 обращения на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2013 год - 0,36 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2014 год - 0,46 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2015 год - 0,6 посещения на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в условиях дневных стационаров на 2013 год - 0,63 пациенто-дня на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 0,52 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо, 2014 год - 0,665 пациенто-дня на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 0,55 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо, на 2015 год - 0,71 пациенто-дня на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 0,59 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в стационарных условиях на 2013 год - 2,558 койко-дня на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 1,74 койко-дня на 1 застрахованное лицо, на 2014 год - 2,463 койко-дня на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 1,66 койко-дня на 1 застрахованное лицо, на 2015 год - 2,35 койко-дня на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 1,59 койко-дня на 1 застрахованное лицо;

для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях на 2013 год - 0,077 койко-дня на 1 жителя, на 2014 год - 0,092 койко-дня на 1 жителя, на 2015 год - 0,112 койко-дня на 1 жителя.

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 средние нормативы объема амбулаторной и стационарной медицинской помощи и обеспечивается за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации и местных бюджетов (в случае передачи органами государственной власти субъектов Российской Федерации соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления).

VI. Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, способы оплаты медицинской помощи, порядок формирования и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для целей формирования территориальных программ на 2013 год составляют:

на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования - 1435,6 рубля;

на 1 посещение с профилактической целью при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов (далее - соответствующие бюджеты) - 271 рубль, за счет средств обязательного медицинского страхования - 266,3 рубля;

на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств соответствующих бюджетов - 771,8 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования - 772,3 рубля;

на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования - 340,9 рубля;

на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров за счет средств соответствующих бюджетов - 508,3 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования (без учета применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения)) - 570 рублей;

на 1 случай применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) за счет средств обязательного медицинского страхования - 106253,9 рубля;

на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств соответствующих бюджетов - 1657 рублей, за счет средств обязательного медицинского страхования - 1756,2 рубля;

на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь

в стационарных условиях (включая больницы сестринского ухода), за счет средств соответствующих бюджетов - 1537,1 рубля.

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Программой, на 2014 и 2015 годы составляют:

на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования 1507,4 рубля на 2014 год, 1582,8 рубля на 2015 год;

на 1 посещение с профилактической целью при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств соответствующих бюджетов 360 рублей на 2014 год, 448,9 рубля на 2015 год, за счет средств обязательного медицинского страхования 318,4 рубля на 2014 год, 348,4 рубля на 2015 год;

на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств соответствующих бюджетов 1044 рубля на 2014 год, 1256,9 рубля на 2015 год, за счет средств обязательного медицинского страхования 923,4 рубля на 2014 год, 1010,3 рубля на 2015 год;

на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования 407,6 рубля на 2014 год, 445,9 рубля на 2015 год;

на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров за счет средств соответствующих бюджетов 559,4 рубля на 2014 год, 610,5 рубля на 2015 год, за счет средств обязательного медицинского страхования (без учета применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения)) 590 рублей на 2014 год, 620 рублей на 2015 год;

на 1 случай применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) за счет средств обязательного медицинского страхования 113109 рублей на 2014 год, 119964,1 рубля на 2015 год;

на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств соответствующих бюджетов 1714,8 рубля на 2014 год, 2231,1 рубля на 2015 год, за счет средств обязательного медицинского страхования 2034,2 рубля на 2014 год, 2428,8 рубля на 2015 год;

на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая больницы сестринского ухода), за счет средств соответствующих бюджетов 1654,3 рубля на 2014 год, 2137 рублей на 2015 год.

Порядок формирования и структура тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, устанавливаются в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Средние подушевые нормативы финансирования устанавливаются органом государственной власти субъекта Российской Федерации исходя из нормативов, предусмотренных разделом V Программы и настоящим разделом, с учетом соответствующих районных коэффициентов.

Средние подушевые нормативы финансирования, предусмотренные Программой (без учета расходов федерального бюджета), составляют:

в 2013 году - 9032,5 рубля, в 2014 году - 10294,4 рубля, в 2015 году - 12096,7 рубля, в том числе за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование базовой программы обязательного медицинского страхования за счет субвенций Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2013 году - 5942,5 рубля, в 2014 году - 6962,5 рубля, в 2015 году - 8481,5 рубля.

Норматив финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования может превышать установленный базовой программой обязательного медицинского страхования норматив финансово-

го обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования в случае установления органом государственной власти субъекта Российской Федерации дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, а также в случае установления перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования. Финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования в указанных случаях осуществляется за счет платежей субъектов Российской Федерации, уплачиваемых в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования, в размере разницы между нормативом финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования и нормативом финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования с учетом численности застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации.

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

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливаются соглашением между уполномоченным государственным органом субъекта Российской Федерации, территориальным фондом обязательного медицинского страхования, представителями страховых медицинских организаций, профессиональных медицинских ассоциаций, профессиональных союзов медицинских работников и формируются в соответствии с принятыми в территориальной программе обязательного медицинского страхования способами оплаты медицинской помощи.

При реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях;

при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

за законченный случай лечения заболевания;

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, - за законченный случай лечения заболевания;

при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

по подушевому нормативу финансирования;

за вызов скорой медицинской помощи;

по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

VII. Критерии доступности и качества медицинской помощи

Критериями доступности и качества медицинской помощи являются:

удовлетворенность населения медицинской помощью (процентов от числа опрошенных);

смертность населения (число умерших на 1000 человек населения);

смертность населения от болезней системы кровообращения (число умерших от болезней системы кровообращения на 100 тыс. человек населения);

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

смертность населения от дорожно-транспортных происшествий (число умерших от дорожно-транспортных происшествий на 100 тыс. человек населения);

смертность населения от туберкулеза (случаев на 100 тыс. человек населения);

смертность населения в трудоспособном возрасте (число умерших в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения);
 смертность населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения (число умерших от болезней системы кровообращения в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения);
 материнская смертность (на 100 тыс. родившихся живыми);
 младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми);
 смертность детей в возрасте 0-14 лет (на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста);
 удельный вес больных злокачественными новообразованиями, выявленных на ранних стадиях, в общем количестве впервые выявленных больных злокачественными новообразованиями;
 количество обоснованных жалоб, в том числе на отказ в оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной программы;
 количество медицинских организаций, осуществляющих автоматизированную запись на прием к врачу с использованием информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и информационно-справочных сенсорных терминалов;
 обеспеченность населения врачами (на 10 тыс. человек населения), в том числе оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях;
 средняя длительность лечения в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях;
 эффективность деятельности медицинских организаций на основе оценки выполнения функции врачебной должности, показателей рационального и целевого использования коечного фонда;
 полнота охвата патронажем детей первого года жизни;
 полнота охвата профилактическими осмотрами детей;
 удельный вес детей, снятых с диспансерного наблюдения по выздоровлению, в общем числе детей, состоящих под диспансерным наблюдением;
 удельный вес детей с улучшением состояния здоровья в общем числе детей, состоящих под диспансерным наблюдением;
 объем медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров (число пациенто-дней на 1 жителя, на 1 застрахованное лицо);
 уровень госпитализации населения, прикрепившегося к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь (на 1000 человек населения);
 удельный вес госпитализаций в экстренной форме в общем объеме госпитализаций населения, прикрепленного к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь;
 количество вызовов скорой медицинской помощи в расчете на 1 жителя, число лиц, которым оказана скорая медицинская помощь;
 доля лиц, которым скорая медицинская помощь оказана в течение 20 минут после вызова, в общем числе лиц, которым оказана скорая медицинская помощь.

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

Территориальной программой могут быть установлены дополнительные критерии доступности и качества медицинской помощи и их целевые значения.

Критериями доступности медицинской помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями за счет средств федерального бюджета, являются:

удельный вес объема специализированной медицинской помощи (в условиях стационара и дневного стационара), оказанной жителям, проживающим в других субъектах Российской Федерации, в объеме указанной помощи, оказанной жителям субъекта Российской Федерации, в котором расположена федеральная медицинская организация;

доля расходов, осуществляемых за счет предоставления платных услуг, в структуре всех расходов на медицинскую помощь, оказываемую в федеральных медицинских организациях.

Реализацию закона ФЗ № 326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» обсудили в рамках научно-практической конференции

18 октября 2012 г., Москва



В Москве прошла научно-практическая конференция «Финансирование учреждений здравоохранения: изменения в системе ОМС», в которой приняли участие представители Госдумы, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, директора территориальных фондов ОМС, руководители общественных и медицинских организаций, страховые компании.

На модернизацию национальной системы здравоохранения выделены значительные объемы средств, направленные не только на укрепление материально-технической базы лечебных федеральных и региональных учреждений, но и на реализацию программы «Земский доктор», а также на повышение заработной платы медикам.



Открывая научно-практическую конференцию, **С.Б. Дорофеев**, заместитель председателя комитета Госдумы по охране здоровья, вице-президент НП «Национальная медицин-

ская палата», обратился к участникам конференции: «Мы заинтересованы в конечном результате, в осуществлении поставленных задач, поэтому нам особенно важно, чтобы все участники системы ОМС смогли публично говорить о своих проблемах и доносить свою точку зрения».



С.А. Карчевская, заместитель председателя Федерального

фонда обязательного медицинского страхования, в своем выступлении подчеркнула, что сегодня в здравоохранении поставлены амбициозные задачи – увеличить численность населения к 2015 г. до 143 млн. человек, увеличить продолжительность жизни, и отметила, что за последние 4 года в России родилось более 7 млн. малышей: «Когда мы говорим о системе ОМС, мы говорим о состоянии здоровья. Говоря об итогах реализации ФЗ № 326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», хочу отметить, что этот закон изменил подходы к организации системы обязательного медицинского страхования, поставил во главу угла пациента и его права, сформировал экономические стимулы для медицинских и страховых организаций. С 1 мая была начата кампания по выдаче полисов нового образца. В настоящее время мы работаем над созданием единого регистра застрахованных лиц».

В своем выступлении С.А. Карчевская подчеркнула, что реализация закона подразумевала его поэтапное введение. Первый этап – организационный, второй – определял разграничение полномочий в сфере ОМС, третий этап заключался в переходе на одноканальное финансирование: «Важнейшей нормой закона является право пациента выбирать страховую организацию. Напомню, ранее работодатель определял за него этот выбор. Страховая компания при этом становится качественным адвокатом пациента. Отмечу, на рынке тенденцию к укрупнению страховых компаний. Если в начале 2011 г. их было порядка 95, то сейчас в России работает 89. Мы

позитивно относимся к этому явлению, потому что нам важно, чтобы за качество экспертизы отвечали серьезные и достойные игроки страхового рынка. Думаю, конкуренция в этой сфере продолжится».

В докладе было отмечено, что базовая медпомощь должна быть одинаковой для всех жителей России вне зависимости от того, в каком регионе они ее получают. «Неправильно, когда в «богатом» регионе пациент получает одну помощь, а в «бедном» другую, Так быть не должно, здравоохранение не должно иметь границ: ни субъектных, ни муниципальных», – отметила С.А. Карчевская.

Если раньше до принятия закона взносы на неработающее население определяли регионы самостоятельно, то принятый закон позволяет каждому субъекту (не сразу, а в течение 3 лет до 2014 г.) перейти на полный тариф по неработающему населению.

В настоящее время в Госдуме рассматривается проект, согласно которому диспансеризация работающего населения, а также детей, оказавшихся в трудной ситуации, будет передана регионам. Также проект подразумевает внесение поправок в закон, согласно которым в 2013 г. скорая медицинская помощь должна получить финансовые средства в объеме не меньше объемов 2012 г.

В 2013 г. программа «Земский доктор» будет продолжена и распространена также и на рабочие поселки: «Вопрос повышения зарплаты медработникам относится не только к федеральным властям, но является задачей региональных властей. Мы надеемся, что этот вопрос будет своевременно решен, однако отмечу, что ошибочно понимать, что каждый медработник автоматически будет получать в два раза больше. Мы будем создавать условия, в которых появится возможность медработнику зарабатывать средства за счет качества и эффективности своей работы».

Из выделенных 460 млрд. руб. на модернизацию системы здравоохранения средств, порядка 25 млрд. руб. уже направлено на реализацию мероприятий по модернизации федеральных учреждений, программа «Земский доктор» уже профинансирована на сумму в 5 млрд. руб.



Как отметила **начальник управления модернизации системы обязательного медицинского страхования ФОМС О.В. Царева**, около 5 млрд. руб.

из средств на модернизацию будет направлено на создание Федерального центра обработки данных. Также из 460 млрд. руб. около 386 млрд. руб. направлены в регионы для реализации программ модернизации на местах: «Субъектам, которые по итогам 2011 г. достигли наилучших показателей в освоении финансовых средств

по программе модернизации, будет направлено дополнительно 5 млрд. руб. Эти средства будут распределены между 12-ю регионами страны. В настоящий момент решается вопрос о дополнительной передаче в 51 субъект РФ еще 8,7 млрд. руб. Также мы рассматриваем вопрос о дополнительном распределении 20 млрд. руб. между субъектами. Этот вопрос проходит процедуру рассмотрения в Правительстве. Поручение Владимира Путина о направлении 460 млрд. руб. на программу модернизации Фонд до конца текущего года выполнит».

Практически все регионы набрали значительный темп в закупке оборудования, осуществлении ремонта лечебных учреждений, оснащения машин скорой помощи системой ГЛОНАСС, в выплате медработникам амбулаторного звена надбавок. Сегодня врачам выплачивается надбавка в размере 8,2 тыс.; медсестрам – 4,3 тыс. руб.



Ф.Н. Кадыров, заместитель директора ЦНИИОИЗ, выступая на конференции, рассказал о правоприменительной

практике ФЗ № 326. «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», отметил, что застрахованный гражданин имеет право на выбор медорганизации в соответствии с законодательством РФ: «Когда закон вышел, то все поняли эту фразу буквально и решили, что можно лечиться там, где захочется, однако это совсем не так. Граждане имеют право на выбор медорганизации в соответствующем порядке. Если застрахованное лицо самостоятельно обратилось за специализированной медпомощью в стационар, то отказ

в помощи не может считаться нарушением, т.к. соответствует порядку оказания медпомощи. Штрафовать за это медорганизацию не за что».

Согласно закону, пациент имеет право выбирать врача, однако, и здесь нужно читать закон внимательнее: «Там прописано, что пациент имеет право выбирать врача с учетом согласия медработника. Врач же, в свою очередь, имеет право отказать в прикреплении и наблюдении по любым причинам. В ситуации, когда врач отказал в прикреплении пациенту, глава учреждения должен обеспечить прикрепление пациента у другого врача».

Согласно закону плановая медицинская помощь может быть отложена на определенный срок без ущерба здоровью пациенту. Например, в случае непредъявления страхового полиса, оказание плановой медпомощи можно отложить и это не будет нарушением, тем более основания для перенесения сроков оказания медпомощи у организации есть. Медпомощь по программе госгарантий оказывается в стране бесплатно, но при желании пациента за эту помощь можно и заплатить. Это может произойти только по личному желанию пациента».



В своем докладе **С.Г. Кравчук, начальник управления организации ОМС ФОМС**, рассказала о формировании терри-

ториальных программ госгарантий в части обязательного медицинского страхования. Территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи впервые утверждаются на три года. С 2013 г. за счет средств обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи), мероприятий по диспансеризации отдельных категорий граждан, применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая лекарственное обеспечение в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях.

Средства на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи будут передаваться в виде межбюджетных трансфертов из бюджетов субъектов РФ в бюджет территориальных фондов ОМС. Объем скорой медицинской помощи по базовой программе ОМС будет определяться из норматива объема скорой медицинской помощи

(0,318 вызова на 1 застрахованное лицо) и численности застрахованных лиц». С 01.01.2013 г. структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются тарифным соглашением между органом исполнительной власти субъекта, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта, территориальным фондом, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными в состав комиссии, создаваемой в субъекте.

УДК 614.2

Контрольная деятельность Федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования

И.О. Трясучев, Н.Н. Михайленко, Е.В. Корда

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования



И.О. Трясучев

Резюме

Федеральным законом от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» контроль за соблюдением субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского страхования законодательства об обязательном медицинском страховании возложен на Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, а за использованием ими средств обязательного медицинского страхования, в том числе путем проведения проверок и ревизий, - на Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования. В 2011 и в 2012 гг. отмечен рост числа проводимых Федераль-

ным и территориальными фондами проверок по сравнению с предыдущими годами. Основной объем проверок проводится в плановом порядке. Отмечена тенденция уменьшения выявления территориальными фондами ОМС случаев нецелевого использования средств.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, субъекты и участники обязательного медицинского страхования, контроль соблюдения законодательства, контроль использования средств, проверки, целевое назначение средств, базовая программа обязательного медицинского страхования.

Abstract

Control activity of the Federal and territorial foundations of obligatory medical

I.O. Tryasuchev, N.N. Mikhaylenko, E.V. Korda

The Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance

A control over an observance of the law about obligatory medical insurance by subjects and participants of obligatory medical insurance is entrusted by the Federal law of 29.11.2010 No. 326-F3 "About obligatory medical insurance in the Russian Federation" to the Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance, and a control over the use of obligatory medical insurance funds by them, including by means of inspection and revisions, - to the Federal and Territorial Foundations of Obligatory Medical Insurance. There was noted in 2011 and 2012 a quantity increase of in-

spectations performed by the Federal and Territorial Foundations compared with previous years. The main volume of inspections is carried out in the planned order. There was noted a tendency of decrease in detections of cases in non-aimed waste use of funds by the Territorial OMI Foundations.

Key words: Obligatory medical insurance, subjects and participants of obligatory medical insurance, law observance control, funds use control, inspections, aimed function of funds, basic program of obligatory medical insurance.

Введение обязательного медицинского страхования в Российской Федерации было направлено на решение ряда первоочередных задач в сфере охраны здоровья населения: улучшение финансирования учреждений здравоохранения, обеспечение гарантий по оплате труда медицинских работников и разработку подходов к правовой защите пациентов.

Вступивший в действие с апреля 1993 г. Закон Российской Федерации от 28 июня 1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» определил обязательное медицинское страхование как составную часть государственного социального страхования, обеспечивающего всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования.

Постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 24 февраля 1993 г. № 4543-1 «О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 год» были утверждены положение о Федеральном фонде обязательного медицинского страхования и положение о территориальном фонде обязательного медицинского страхования, которыми установлена одна из важных функций – осуществление контроля за использованием финансовых средств, направляемых на обязательное медицинское страхование граждан.

Утвержденный в 1998 г. постановлением Правительства Российской Федерации Устав Федерального фонда обязательного медицинского страхования определил контрольные функции Федерального фонда обязательного медицинского страхования по осуществлению совместно с территориальными фондами обязательного медицинского страхования контроля за рациональным использованием финансовых средств в системе обязательного медицинского страхования, в том числе путем проведения соответствующих ревизий и проверок.

На современном этапе дальнейшее развитие финансового контроля в сфере обязательного медицинского страхования связано с принятием в 2010 году Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Данным законодательным актом Федеральный фонд обязательного медицинского страхования определен страховщиком в сфере обязательного медицинского страхования, осуществляющим, наряду с другими функциями, контроль за соблюдением субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского страхования законодательства об обязательном медицинском страховании и за использованием ими средств обязательного медицинского страхования, в том числе путем проведения проверок и ревизий.

Территориальные фонды обязательного медицинского страхования, выполняя отдельные полномочия страхов-

щика, определенные частью 7 статьи 34 Закона № 326-ФЗ, осуществляют контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, в том числе проводят проверки и ревизии.

Существенным отличием Закона № 326-ФЗ от действовавшего до его принятия законодательства в сфере обязательного медицинского страхования является введение ряда положений, определяющих и усиливающих ответственность Федерального и территориальных фондов в части обеспечения контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования.

Прежде всего, Закон № 326-ФЗ однозначно устанавливает целевое назначение средств обязательного медицинского страхования на всех этапах их движения из Федерального в территориальные фонды, страховые медицинские организации вплоть до их использования медицинскими организациями.

Так, пунктом 1 части 1 статьи 6 и частью 4 статьи 27 Закона № 326-ФЗ установлено, что субвенции, предоставляемые из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов, направляются на реализацию базовой программы обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации, носят целевой характер и не могут быть использованы на другие цели.

В соответствии с частью 6 статьи 14 Закона № 326-ФЗ средства, поступающие из территориального фонда в страховую медицинскую организацию на оплату медицинской помощи, являются средствами целевого финансирования. Страховая медицинская организация направляет медицинской организации целевые средства на оплату медицинской помощи по договорам на оказание и оплату медицинской помощи в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой обязательного медицинского страхования (часть 2 статьи 28 Закона № 326-ФЗ).

И наконец, согласно пункту 5 части 1 статьи 20 медицинские организации обязаны использовать средства обязательного медицинского страхования, полученные за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с программой обязательного медицинского страхования, которая в том числе определяет структуру тарифа на оплату медицинской помощи (часть 6 статьи 36 Закона № 326-ФЗ).

Осуществление Федеральным и территориальными фондами контроля за использованием средств, предусмотренных на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, и реализацией программ и мероприятий по модернизации здравоохранения установлены частями 14 и 15 статьи 50 Закона № 326-ФЗ, за использованием средств, предусмотренных на финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам, – частью 12.5 статьи 51 Закона № 326-ФЗ.

Полномочия Федерального фонда по осуществлению контроля за соблюдением субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского страхования законодательства об обязательном медицинском страховании и за использованием ими средств обязательного медицинского страхования путем проведения проверок обеспечивает Контрольно-ревизионное управление Федерального фонда обязательного медицинского страхования. В проверках принимают участие сотрудники других подразделений Федерального фонда (Управления модернизации системы ОМС, Управления организации ОМС, Управления бухгалтерского учета и отчетности и др.).

По состоянию на 1 октября 2012 г. численность работников Контрольно-ревизионного управления Федерального фонда составляла 19 человек (67,9% от предусмотренной штатной численности), или 7,8% от общей численности работников Федерального фонда.

Структура Контрольно-ревизионного управления и распределение основных функций между отделами Контрольно-ревизионного управления представлены в *табл.*

Входящие в состав Контрольно-ревизионного управления отделы, имея общие функциональные обязанности в части осуществления проверок и ревизий, характеризуются рядом отличий и выполняют только для них предусмотренные функции (осуществление методологического обеспечения контрольной деятельности Федерального фонда и территориальных фондов, сбора, анализа и обобщения результатов контрольных мероприятий иных контролирующих органов, контроля за устранением выявляемых проверками нарушений и недостатков и др.).

Анализ контрольной деятельности, проводимой контрольно-ревизионным управлением, показывает ежегодное увеличение количества проверок. Причем если в 2008, 2009 и 2010 гг. количество проверок составляло соответственно 30, 31 и 37 (т.е. увеличение количества проверок было не столь значительным), то в 2011 г. проведено 90 проверок, а по итогам 2012 г. – 88 проверок.

Рост количества проверок происходил прежде всего за счет увеличения тематических проверок. Количество тематических проверок, выполненных в 2011 г., возросло по сравнению с предыдущим годом почти в десять раз.

Основной объем проверок осуществляется Контрольно-ревизионным управлением Федерального фонда в плановом порядке. Так, в 2012 г. выполнено 70 плановых проверок, или 79,5% от общего числа проведенных проверок.

Если проанализировать тематику проверок, то в абсолютном большинстве случаев тема проверки напрямую была связана с введением в действие нового законодательства об обязательном медицинском страховании, регулирующего отношения субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования.

В 2011-2012 гг. большая часть проводимых плановых проверок (82,8%) была посвящена контролю за реализацией программ и мероприятий по модернизации здравоохранения и за использованием средств, предусмотренных на финансовое обеспечение программ и мероприятий по модернизации здравоохранения. Кроме того, со второго полугодия 2012 г. начали проводиться тематические проверки использования средств, предусмотренных на финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим (переехавшим) в 2011-2012 гг. на работу в сельский населенный пункт.

В 2011 г. в проведении 26 плановых проверок по вопросам реализации Закона № 326-ФЗ помимо сотрудников Федерального фонда обязательного медицинского страхования привлекались сотрудники территориальных фондов. Всего в этой работе были задействованы 18 территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

В 2012 г. с участием работников территориальных фондов осуществлено 33 проверки (37,5% от общего количества проведенных проверок). В проведении проверок приняли участие 34 работника из 32 территориальных фондов.

В ходе проверок наши коллеги из территориальных фондов показали высокий уровень профессионализма, знание практической работы территориальных фондов, других участников обязательного медицинского страхования, чем оказали существенную помощь работе комиссий Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Территориальные фонды обязательного медицинского страхования осуществляют контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями путем проведения проверок и ревизий в порядке, установленном приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16 апреля 2012 г. № 73 «О контроле за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования».

Согласно данным отчетной формы № КР-ТФОМС, утвержденной приказом Федерального фонда от 12 мая 2012 г. № 105 «Об утверждении формы № КР-ТФОМС «Отчет о контрольно-ревизионной работе территориального фонда обязательного медицинского страхования», за девять месяцев 2012 г. контроль за использованием средств бюджетов территориальных фондов путем проведения проверок и ревизий осуществлялся территориальными фондами обязательного медицинского страхования всех субъектов Российской Федерации. В 11 территориальных фондах данную функцию выполняют контрольно-ревизионные управления, в 71 – отделы. В Ненецком и Чукотском автономных округах функцию контроля осу-

Таблица

Структура и основные функции Контрольно-ревизионного управления

отдел методологии организации финансового контроля	ревизионно-аналитический отдел	отдел ревизий и проверок	контрольно-ревизионный отдел
Проведение проверок и ревизий, подготовка документов по их результатам. Обеспечение режима хранения полученной в ходе деятельности информации. Комплектование, хранение, учет и использование архивных документов, полученных в ходе деятельности. Подготовка информационных материалов к совещаниям, публикациям.			
Участие в рассмотрении и подготовке ответов по поручениям, запросам, предложениям органов представительной и исполнительной власти. Подготовка информационных материалов	Сбор, анализ и обобщение результатов контрольных мероприятий иных контролирующих органов	Сбор, анализ (в т.ч. контроль качества), систематизация и обобщение материалов проверок и ревизий, проведенных КРУ ФОМС Подготовка и представление по распоряжению руководства ФОМС аналитической информации по результатам контрольных мероприятий КРУ управления и отделам ФОМС, а при необходимости иным учреждениям и ведомствам. Контроль реализации материалов проверок, проведенных КРУ ФОМС	
Разработка проектов нормативных актов, информационных писем, иных документов ФОМС по компетенции КРУ	Мониторинг и анализ нормативных документов, разъяснений, материалов судебной практики, связанных с вопросами проведения проверок использования средств бюджетов территориальных фондов, восстановления средств, использованных не по целевому назначению, финансовых санкций	Контроль сроков проведения проверок, согласно Плану проверок КРУ ФОМС, внесение предложений по изменениям Комплексного плана проверок	Контроль устранения нарушений и недостатков по результатам проверок КРУ Федерального фонда
Разработка форм отчетности территориальных фондов по контрольно-ревизионной работе. Сбор, накопление, обработка и анализ	Участвует в формировании Плана проверок КРУ	Ведение регистра специалистов территориальных фондов ОМС, привлекаемых к проведению проверок, проводимых ФОМС	Участие в разработке Комплексного плана проверок, проводимых КРУ ФОМС
Оказание методологической помощи территориальным фондам по компетенции КРУ	Формирование и анализ исполнения Плана основных направлений деятельности ФОМС, по вопросам КРУ	Участие в проведении мероприятий по профессиональной подготовке и переподготовке кадров в системе обязательного медицинского страхования	
Участие в рассмотрении и подготовке ответов на письма, жалобы, заявления по вопросам соблюдения законодательства об обязательном медицинском страховании			Участие в разработке Типовой программы проверок

ществляют сотрудники финансово-экономических подразделений.

Штатная численность работников контрольно-ревизионных подразделений территориальных фондов по состоянию на 1 октября 2012 г. составляет 1141 человек, или 8,3% от общей штатной численности работников территориальных фондов.

Отмечается рост численности работников контрольных-ревизионных подразделений территориальных фондов. Так, на 1 октября 2012 г. численность списочного состава указанных подразделений увеличилась на 5,5% по сравнению с численностью на начало года и составила 877 человек (76,9% от штатной численности). С учетом работников иных подразделений территориальных фондов, в должностные обязанности которых входит осуществление проверок и ревизий использования средств обязательного медицинского страхования, численность сотрудников составила 1856 человек, или 16,0% от общей численности работников территориальных фондов.

По данным отчетной формы № КР-ТФОМС за девять месяцев 2012 г. территориальными фондами осуществлены проверки в 203 страховых медицинских организациях (112,1% от плана) и 4323 медицинских организациях (107,5% от плана).

За указанный период проведены 9263 проверки (в страховых медицинских организациях – 374, в медицин-

ских организациях – 8889), что на 7,8% больше, чем за аналогичный период 2011 г.

В проверенных страховых медицинских организациях и медицинских организациях комплексные проверки (проверки по всем направлениям их деятельности в сфере обязательного медицинского страхования, включая вопросы финансово-хозяйственной деятельности, организация проведения которых отнесена к функциям контрольно-ревизионных подразделений территориальных фондов) проведены в 90,1% страховых медицинских организациях и 68,0% медицинских организациях.

Количество тематических проверок за 9 месяцев 2012 г. составило 5758 (в страховых медицинских организациях – 183, в медицинских организациях – 5575), или 62,2% от общего числа проведенных проверок.

Тематические проверки проводились в связи с обращением страховых медицинских организаций в территориальные фонды с заявками на предоставление недостающих средств для оплаты медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (необходимость проведения данных проверок закреплена в части 8 статьи 38 Закона № 326-ФЗ), по вопросам использования средств федерального бюджета на финансовое обеспечение мероприятий приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения и использования средств, полученных на финансовое обеспечение мероприятий региональных

программ модернизации здравоохранения по внедрению стандартов оказания медицинской помощи, повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами (включая мероприятия по проведению углубленной диспансеризации подростков).

Нарушения в использовании финансовых средств чаще выявлялись в медицинских организациях. Так, за 9 месяцев 2012 г. нарушения в использовании средств выявлены в 41 страховой медицинской организации (20,2% от проверенных) и в 2234 медицинских организациях (51,7% от проверенных).

Нецелевое использование средств страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями при реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования выявлено за девять месяцев 2012 г. на общую сумму 499,6 млн. рублей (на 30,5% меньше, чем за аналогичный период 2011 г.).

Сумма нецелевого использования средств, выявленного при проведении проверок страховых медицинских организаций, составила 119,4 млн. рублей (23,9% в общей сумме выявленного в отчетном периоде нецелевого использования средств обязательного медицинского страхования), при проведении проверок медицинских организаций – 380,2 млн. рублей (76,1% в общей сумме выявленного нецелевого использования в отчетном периоде).

В отчетном периоде страховыми медицинскими организациями восстановлено средств, использованных не по целевому назначению, и уменьшено сумм нецелевого использования средств по решениям судебных органов в размере 122,2 млн. рублей (85,1% от объема средств нецелевого использования, подлежащих восстановлению). Остаток невосстановленных страховыми медицинскими организациями средств на 1 октября 2012 г. уменьшился по сравнению с остатком на начало года на 2,7 млн. рублей и составил 21,5 млн. рублей.

В отчетном периоде медицинскими организациями восстановлено средств, использованных не по целевому назначению, и уменьшено сумм нецелевого использования средств по решениям судебных органов в размере 540,3 млн. рублей (31,8% от объема средств нецелевого использования, подлежащих восстановлению). Остаток невосстановленных медицинскими организациями средств на 1 октября 2012 г. сократился по сравнению с остатком на начало года на 160,1 млн. рублей и составил 1161,1 млн. рублей.

В ходе осуществления контроля за использованием средств в рамках реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения по внедрению стандартов оказания медицинской помощи, повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами (включая мероприятия по проведению углубленной диспансеризации подростков), за девять месяцев 2012 года территориальными фондами проверено 203 страховые медицинские организации и 4323 медицинские органи-

зации. Выявлено нецелевое использование средств на общую сумму 53,7 млн. рублей (из них субсидии ФОМС – 44,9 млн. рублей) в 7 страховых медицинских организациях (3,4% от количества проверенных страховых медицинских организаций) и 713 медицинских организациях (16,5% от количества проверенных медицинских организаций).

С учетом остатка невосстановленных средств на начало 2012 г. на сумму 1,9 млн. рублей (из них субсидии ФОМС – 1,6 млн. рублей) общая сумма средств, подлежащих восстановлению в отчетном периоде, составила 55,6 млн. рублей (из них субсидии ФОМС – 46,5 млн. рублей).

Восстановлено средств, использованных не по целевому назначению при реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения, и уменьшено сумм выявленного нецелевого использования средств по решениям судебных органов на сумму 40,3 млн. рублей (из них субсидии ФОМС – 33,2 млн. рублей), или 72,5% от суммы средств, подлежащей восстановлению.

На 1 октября 2012 г. остаток невосстановленных средств, полученных на реализацию мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения медицинскими организациями, составил 15,3 млн. рублей (из них субсидии ФОМС – 13,3 млн. рублей).

По использованию средств федерального бюджета, полученных учреждениями здравоохранения в рамках реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, в том числе на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан, диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, оказание дополнительной медицинской помощи врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей), за 9 месяцев 2012 г. территориальными фондами проверено 2380 учреждений здравоохранения Российской Федерации (за аналогичный период 2011 г. проверено 2031 учреждение здравоохранения), нарушения в использовании указанных средств выявлены в 632 учреждениях здравоохранения (26,6% от количества проверенных учреждений здравоохранения).

Нецелевое использование средств при реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения выявлено на сумму 27,5 млн. рублей.

С учетом остатка невосстановленных средств на начало 2012 г. на сумму 35,4 млн. рублей и выявленного нецелевого использования средств по результатам проверок, проведенных в отчетном периоде, общая сумма средств, подлежащих восстановлению в отчетном периоде, составила 62,9 млн. рублей.

В отчетном периоде восстановлено и уменьшено по решениям судебных органов средств, использованных

не по целевому назначению, на сумму 28,4 млн. рублей (45,1% от суммы средств, подлежащих восстановлению).

На 1 октября 2012 г. остаток невосстановленных средств, использованных медицинскими организациями не по целевому назначению в рамках реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, составил 34,5 млн. рублей, что на 0,9 млн. рублей меньше остатка невосстановленных средств на начало 2012 года.

Показатели формы № КР-ТФОМС отражают результаты работы территориальных фондов по осуществлению контроля за использованием средств, направляемых в страховые медицинские организации и медицинские организации.

Частью 12.5 статьи 51 Закона № 326-ФЗ предусмотрено осуществление контроля, в том числе территориальными фондами обязательного медицинского страхования, за использованием средств, предусмотренных на финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам. Результаты проверок осуществления указанных выплат, проведенных Федеральным фондом, показали, что территориальным фон-

дам необходимо усилить контроль за использованием средств, предусмотренных на финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам, при формировании заявок на получение средств для предоставления указанных единовременных компенсационных выплат.

В Бюджетном послании Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации от 29 июня 2011 г. «О бюджетной политике в 2012 - 2014 годах» при решении основных задач бюджетной политики на 2012 г. и в среднесрочной перспективе до 2014 г. предполагается комплекс мер по повышению эффективности бюджетных расходов, расширению самостоятельности и ответственности главных распорядителей бюджетных средств, развитию внутреннего аудита и укреплению финансовой дисциплины.

В этих условиях актуальность контроля за использованием средств на здравоохранение с учетом задач, поставленных государством перед здравоохранением и в сфере обязательного медицинского страхования, усиливается еще больше.

Для корреспонденции:

Трясучев Игорь Олегович – начальник Контрольно-ревизионного управления ФОМС

Тел.: (495) 987 03 80*1301. E-mail: itryasuchev@ffoms.ru

Михайленко Надежда Николаевна – заместитель начальника Контрольно-ревизионного управления ФОМС

Тел.: (495) 987 03 80*1024. E-mail: nmikhajlenko@ffoms.ru

Корда Елена Валентиновна – начальник отдела методологии организации финансового контроля Контрольно-ревизионного управления ФОМС

Тел.: (495) 987 03 80*1311. E-mail: ekorda@ffoms.ru

Адрес: Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
Новослободская ул. 37, г. Москва, ГСП-4, Россия, 127994

For correspondence:

Igor O. Tryasuchev – Head of the Control Revision Department of the FOMI

Tel.: (495) 987 03 80*1301. E-mail: itryasuchev@ffoms.ru

Nadezhda N. Mikhaylenko – Deputy Head of the Control Revision Department of the FOMI

Tel.: (495) 987 03 80*1024. E-mail: nmikhajlenko@ffoms.ru

Elena V. Korda – Head of the Department for Financial Control Organization Methodology of the Control Revision Department of the FOMI

Tel.: (495) 987 03 80*1311. E-mail: ekorda@ffoms.ru

Address: The Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance
Novoslabodskaya Ul. 37, Moscow, GSP-4, Russia, 127994

УДК 614.2

Опыт работы ТФОМС Свердловской области в условиях реализации закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ в части порядка выдачи полисов ОМС единого образца

В.А. Шелякин, Н.Г. Титкова,
Е.А. Петрова

Территориальный фонд ОМС
Свердловской области



В.А. Шелякин



Н.Г. Титкова



Е.А. Петрова

Резюме

В данной статье рассматривается опыт ТФОМС Свердловской области по реализации нового закона «Об обязательном медицинском страховании», вступившем в силу с 01.01.2011 г. Указываются мероприятия, позволившие организовать выдачу и замену полисов ОМС, избежав социального напряжения среди населения, жесткой конкуренции между СМО за передел страхового поля (а их в Свердловской области 16!), необоснованной выдачи бланков временных свидетельств и полисов ОМС единого образца. Благодаря согласованному действию всех участников системы ОМС, а также координационной деятельности и помощи ФФОМС, в Свердловской области были четко налажены процессы

выдачи полисов ОМС единого образца, информационного взаимодействия между СМО, ТФОМС Свердловской области, МО, контроль за реализацией положений закона и Правил ОМС. Большое внимание уделялось разъяснительной работе среди населения, исполнительных органов управления, работников системы ОМС различного уровня.

Ключевые слова: полис ОМС единого образца, временное свидетельство, организация процесса выдачи полисов, регламент взаимодействия участников ОМС при выдаче полисов, взаимодействие между СМО, ТФОМС, МО, мониторинг, пункт выдачи полисов ОМС, правила ОМС.

Abstract

Sverdlovsk region TFOMI work experience in conditions of realization of law "About obligatory medical insurance in Russian Federation" dated 29.11.2010 №326-FL in the part about order of OMI issue

V.A. Shelyakin, N. G. Titkova, E.A. Petrova

The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance (TFOMI) in Sverdlovsk region

In this article we considered the experience of Sverdlovsk region TFOMI (The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance) to realize the new law «About obligatory medical insurance» which came into effect in 01.01.2011. Events, which allowed to organize issues and replacements of OMI (Obligatory Medical Insurance) avoiding social tension among population, hard competition among IMOs (Insurance Medical Organizations) for insurance market reduction (there are 16 IMO in Sverdlovsk region!), invalid issues of temporary certificates and insurance policy forms. Due to coordinated actions of all OMI system participants and due to coordinating activity and help from the Federal Fund of Obligatory Medical

Insurance (FFOMI), clear process of new type insurance policy forms issuing, informational interaction between IMO, TFOMI, MO (Medical Organizations), the law implementation control and OMI Rules was organized in Sverdlovsk region. Great attention has been paid to explanatory work among population, executive management and different level OMI system employees.

Key words: a standard OMI insurance policy form, temporary certificate, control over issuing of insurance policy forms, regulation of OMI participants interaction in insurance policy forms issuing, interaction between IMO, TFOMI and MO, monitoring, an issuing point of OMI insurance policy forms, OMI rules.

С момента выхода Федерального закона от 29.11.2010 г. № 26-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [1.1] Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Свердловской области (далее – ТФОМС) были намечены основные направления по его реализации, в том числе большое внимание было уделено вопросам перехода на новую форму полиса обязательного медицинского страхования.

Необходимо отметить, что особенностью Свердловской области является наличие большого числа страховых медицинских организаций, работающих в сфере обязательного медицинского страхования (далее – СМО). На 1 января 2011 г. их было 16. Такого количества СМО нет ни в одном другом субъекте Российской Федерации.

Было понятно, что с 1 мая 2011 года - начала выдачи полисов ОМС единого образца в соответствии с законодательством, не избежать конкуренции, возможно и недобросовестной, между СМО по перестрахованию граждан и, как следствие, – ажиотажной замены полисов населением.

В этих условиях необходимо было наметить мероприятия, позволяющие организовать процесс выдачи полисов, избежав социального напряжения в регионе и кардинального передела страхового поля между СМО.

В рамках этих мероприятий были выделены три основных направления: организационное, информационное и контрольное.

Организационные мероприятия предполагали:

- разработку распорядительно-организационных документов и программных средств, обеспечивающих взаимодействие ТФОМС, СМО и медицинских организаций по обмену сведениями в электронном виде о выдаче населению полисов ОМС единого образца в соответствии с «Правилами обязательного медицинского страхования», утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 г. № 158н [1.2] и «Общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования», утвержденными приказом ФФОМС от 07.04.2011 г. №79 [1.3];
- размещение заказа на изготовление необходимого количества бланков временных свидетельств, подтверждающих оформление полисов обязательного медицинского страхования, в соответствии с Федеральным законом от 21 июля 2005 г. № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» [1.4];
- проведение совместных совещаний с руководителями муниципальных образований, СМО, медицинских организаций по вопросам выдачи полисов ОМС единого образца.

Информационное направление предусматривало активное информирование граждан, субъектов и участников системы ОМС по вопросам обмена полисов ОМС.

План контрольных мероприятий предусматривал постоянный мониторинг соблюдения правил выдачи и замены полисов ОМС и соответствующее реагирование на их нарушение.

В рамках этих мероприятий был разработан Регламент взаимодействия участников ОМС при выдаче полисов ОМС единого образца на территории Свердловской области, утвержденный приказом ТФОМС от 19.04.2011 г. № 122, где подробно прописаны действия СМО, ТФОМС, межмуниципальных филиалов ТФОМС. Кроме того, разработано программное обеспечение (приказ ТФОМС от 06.05.2011 г. № 151), позволившее осуществить информационное взаимодействие между СМО, ТФОМС, ФФОМС и ФГУП «Гознак». Таким образом, полностью был отработан процесс получения полиса ОМС единого образца, первым звеном которого было «Заявление» гражданина, и последним звеном – готовый полис, вручаемый застрахованному.

Было проведено шесть совещаний в административно-управленческих округах Свердловской области, на которых разъяснялось, что полисы ОМС, выданные до мая 2011 г., в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», действуют вплоть до их замены на полисы ОМС единого образца и не требуют отметки о продлении срока действия.

Межмуниципальными филиалами ТФОМС проведено более двухсот встреч с трудовыми коллективами и общественными организациями.

В пунктах выдачи полисов ОМС, больницах и поликлиниках размещены разъяснительные плакаты общим тиражом 2000 экземпляров.

В средствах массовой информации напечатано более восьмидесяти материалов о новом законе и замене полисов ОМС.

Регулярно проводились Советы страховщиков по координации действий при выдаче полисов ОМС единого образца (временных свидетельств).

На официальном сайте ТФОМС размещена подробная информация о порядке выдачи полисов ОМС единого образца (временных свидетельств).

Поддержку и понимание в решении данной задачи ТФОМС получил со стороны Министерства здравоохранения Свердловской области. Было подготовлено совместное письмо о действии полисов ОМС, в котором разъяснялось, что медицинская организация не вправе отказать в оказании бесплатной медицинской помощи застрахованному лицу, предъявившему при обращении в медицинскую организацию полис ОМС «старого» образца. (Письмо Министерства здравоохранения Свердловской области, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Свердловской области от 12.07.2011 г. №№ 01-24/1934; 22-401/297).



Рисунок 1. Динамика выдачи временных свидетельств в 2011 г. по месяцам

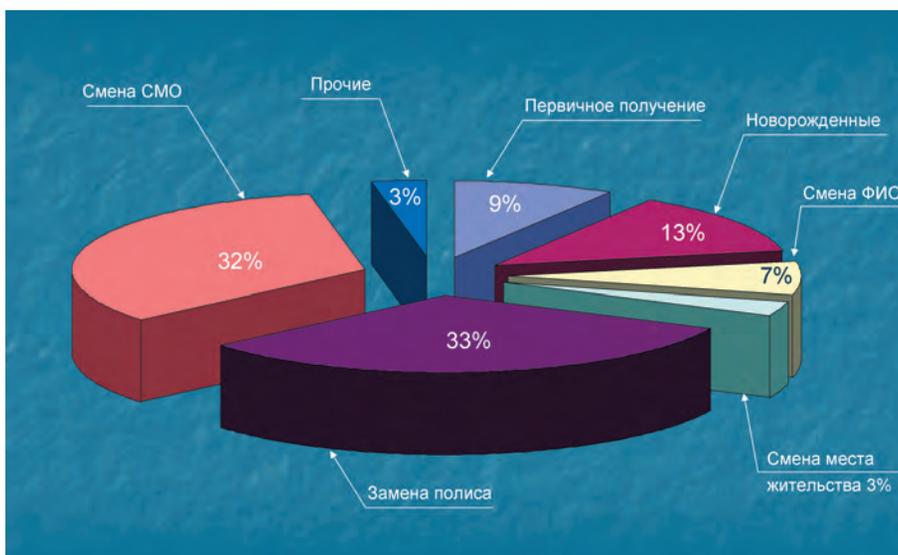


Рисунок 2. Структура обращения граждан в СМО за полисом единого образца

Специалистами Фонда регулярно проводятся проверки пунктов выдачи полисов ОМС, где проверяются все принятые заявления граждан о выборе (замене) СМО, и порядок выдачи изготовленных полисов ОМС единого образца.

Особое внимание уделяется проверке:

- информирования застрахованных лиц о бессрочном действии полиса ОМС;
- причин обращения граждан с заявлением о выборе (замене) СМО;
- наличия и оформления доверенности для представителя застрахованного лица;
- учета и хранения бланков полисов ОМС единого образца и временных свидетельств как бланков строгой отчетности (в соответствии с приказом ТФОМС от 25.04.2011 г. № 128 «О бланках времен-

ных свидетельств, подтверждающих оформление полисов ОМС, и полисов обязательного медицинского страхования»).

С целью организации контроля за порядком выдачи полисов ОМС единого образца (временных свидетельств), был утвержден Приказ ТФОМС от 29.08.2011 г. № 278 «О порядке рассмотрения заявок СМО на получение бланков временных свидетельств, подтверждающих получение полиса ОМС». Приказ предусматривает направление заявки от СМО в ТФОМС на получение бланков временных свидетельств по мере необходимости. Заявка рассматривается Комиссией ТФОМС (созданной на основании приказа ТФОМС) на предмет обоснованности количества заказываемых бланков временных свидетельств в сопоставлении с данными мониторинга ежедневной выдачи временных свидетельств СМО. Решение комиссии оформляется протоколом.

На основании мониторинга выдачи временных свидетельств СМО проводится анализ расходования бланков временных свидетельств, определяется средний по области показатель (рис. 1).

В случае превышения данного показателя рабочей группой ТФОМС проводятся совещания с приглашением руководителей страховых медицинских организаций для обоснования роста выдачи.

За период с 01.05.2011 г. по 31.12.2011 г. в Свердловской области СМО было выдано 299 864 временных свидетельств, подтверждающих оформление полиса ОМС единого образца, что составляет 6,5% от общего числа граждан, застрахованных по ОМС в Свердловской области на 01.01.2012 г.

Основными категориями граждан, получившими в 2011 г. временные свидетельства в Свердловской области, являются:

- новорожденные (13%);
- граждане, сменившие фамилию, имя, отчество и другие данные (7%);
- граждане, сменившие место жительства, при отсутствии СМО (3%);
- граждане, осуществившие смену СМО по постоянному месту жительства (32%);

- граждане, осуществившие замену полиса ОМС в рамках одной СМО в связи с ветхостью, утерей, желанием застрахованного (33%), а также в других случаях, предусмотренных законодательством РФ (рис. 2).

Количество полисов ОМС единого образца, изготовленных и выданных в 2011 г., составило 276 916 бланков, что соответствует 6% от общего числа граждан, застрахованных по ОМС в Свердловской области на 01.01.2012 г.

В заключение хочется отметить, что ТФОМС справился с поставленной задачей по реализации нового закона по ОМС в немалой степени благодаря помощи и координации со стороны ФФОМС. На все вопросы и обращения к специалистам ФФОМС наши работники получали полные и своевременные ответы и разъяснения.

Литература:

1. Законодательство:
 - 1.1. Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об Обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
 - 1.2. «Правила обязательного медицинского страхования», утвержденные приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 28.02.2011г. №158н.

1.3. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 г. № 79 «Общие принципы построения и функционирования систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».

1.4. Федеральный закон от 21.07.2005г. № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд»

References:

1. Laws:
 - 1.1. Federal Law dated 29.11.2010 № 326-FL «About obligatory medical insurance in Russian Federation».
 - 1.2. «Obligatory medical insurance rules», validated by the Russian Federation Ministry of Health and Social Development, dated 28.02.2011 № 158n.
 - 1.3. The Federal Fund of Obligatory Medical Insurance order № 79 (dated 07.04.2011) «General principles of development and functioning of informational interaction in obligatory medical insurance sphere».
 - 1.4. Federal law dated 21.07.2005 № 94-FL «About placing of orders for delivery of goods, performance of work, providing of services for government and municipal needs».

Для корреспонденции:

Шелякин Валерий Александрович – директор ТФОМС Свердловской области.

E-mail: shelyakin@tfoms.e-burg.ru. Тел.: (343) 233-50-00

Титкова Наталья Геннадьевна – начальник управления развития ОМС ТФОМС Свердловской области.

E-mail: titkova@tfoms.e-burg.ru. Тел.: (8-343) 233-44-61

Петрова Екатерина Анатольевна – начальник отдела ведения регистра СМО и застрахованных ТФОМС Свердловской области.

E-mail: petrovae@tfoms.e-burg.ru. Тел.: (8-343) 362-90-24

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Свердловской области

Адрес: 620102, г. Екатеринбург, ул. Московская, д. 54

Телефон/факс: (8-343) 233-50-00, (8-343) 233-50-10

For correspondence:

Valery A. Shelyakin – Director of TFOMI in Sverdlovsk region,

E-mail: shelyakin@tfoms.e-burg.ru; Tel.: (343) 233-50-00.

Natalia G. Titkova – Sverdlovsk region TFOMI administration OMI Head of the Development Department.

E-mail: titkova@tfoms.e-burg.ru; Tel.: (343) 233-44-61

Ekaterina A. Petrova – Sverdlovsk region TFOMI Head of Register of medical insurance companies and insured.

E-mail: petrovae@tfoms.e-burg.ru; Tel.: (343) 362-90-24

The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance in Sverdlovsk region

Address: 620102, Yekaterinburg, Moskovskaya Street, 54.

Tel./fax: (8-343) 233-50-00, (8-343) 233-50-10

О повышении заработной платы работников государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения в системе ОМС



М.М. Кузьменко,
председатель Профсоюза
работников здравоохранения
Российской Федерации

Разработка Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда работников государственных (муниципальных) учреждений бюджетной сферы, в т.ч. утверждение размеров базовых окладов по профессиональным квалификационным группам, предусмотрено Указом Президента РФ В.В. Путина от 7 мая 2012 г. № 597.

Таким образом, неоднократные требования отраслевого Профсоюза о необходимости формирования «системы стандартов» по оплате труда работников, в основе которых должны быть заложены единые размеры базовых окладов по ПКГ, учитывающие квалификацию работников, специфику и сложность их труда, получило правовую основу.

При этом данная норма будет распространяться на все государственные (муниципальные) учреждения, участвующие в оказании государственных и муниципальных услуг, независимо от источников и механизмов финансового обеспечения их оказания – из бюджетов всех уровней бюджетной системы российской Федерации, в т.ч. обязательного медицинского страхования.

Принципиальной в данном случае является позиция по размерам базовых окладов. По мнению профсоюзов, размер базового оклада по первой ПКГ, объединяющей категории работников, для занятия должностей которых не требуется специальное образование, должен быть не ниже минимального размера оплаты труда, установленного федеральным законом.

Такой подход позволит не только обеспечить реализацию требований Указа Президента РФ о повышении

уровня оплаты труда работников, но и ликвидировать имеющие место в настоящее время недостатки действующей системы оплаты труда в части выравнивания размеров оплаты труда работников с разным уровнем подготовки и квалификации.

Именно эти требования мы отстаиваем в рамках разработки Минтрудом России проекта Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда работников при оказании государственных (муниципальных) услуг, предусматривающей механизмы реализации основных позиций Указа Президента РФ.

Как следует из ориентировочных расчетов Минтруда и Минфина России в части достижения показателей средней заработной платы специалистов высшего и среднего звена здравоохранения – соответственно до 200% и до 100% от средней зарплаты по региону, динамика прироста (индикативных) значений соотношений средней заработной платы по категории врачебного персонала врачей позволит обеспечить к 2016 г. указанное соотношение в размере 150%, с достижением к 2018 г. 200%.

При этом необходимо иметь в виду, что расчет средней заработной платы врачей применительно к Указу Президента РФ производится на основании агрегирования по всем учреждениям социальной сферы (образование, здравоохранение, культура, социальное обслуживание) и науки государственной и муниципальной форм собственности, осуществляющим деятельность на территории субъекта Российской Федерации.

Конкретные показатели с определением необходимых объемов финансирования будут определены в так называемых «дорожных картах», которые в настоящее время разрабатываются не только соответствующими федеральными органами исполнительной власти, но и в субъектах РФ.

Для обеспечения показателей достижения средних уровней заработной платы работников учреждений здравоохранения необходимые средства, являющиеся основой для формирования территориальных программ обязательного медицинского страхования в субъектах РФ, должны быть заложены в бюджете Федерального фонда ОМС.

Медицинское страхование для оказания стоматологической помощи в рамках программы ОМС



Ф.Н. Кадыров,
заместитель директора
Центрального НИИ
организации и информатиза-
ции здравоохранения

Безусловно, такое предложение имеет право на существование. Но оно требует конкретизации. В частности, если говорить о страховке сверх бесплатно предоставляемой медицинской помощи, то ничего нового тут нет – это давно реализуемый вариант в рамках добровольного медицинского страхования (как за счет средств предприятий, так и самих граждан).

Следовательно, остается только специальное страхование для оказания стоматологической помощи в рамках обязательного медицинского страхования. Теоретически возможны два основных варианта:

1. Отдельное страхование в рамках обязательного медицинского страхования (вычленение стоматологической составляющей).
2. Дополнительное обязательное медицинское страхование (сверх предусмотренного законодательством размера страховых взносов).

Первый вариант предполагает вычленение стоматологической помощи в рамках системы ОМС в пределах предусмотренных объемов финансирования. Картина будет выглядеть следующим образом.

В соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 г. и на плановый период 2014 и 2015 гг., утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 22 октября 2012 г. № 1074, средние подушевые нормативы финансирования, предусмотренные Программой (без учета расходов федерального

бюджета), составляют в 2013 г. – 9032,5 рубля. Из них за счет средств обязательного медицинского страхования – 5942,5 рублей. Если выделить из этой суммы 1000 рублей на человека в год на стоматологическую помощь, то на все остальное останется 8032,5 рубля, из них в рамках ОМС – 4942,5 рублей. То есть на стоматологическую помощь пойдет более одной пятой всех затрат в системе ОМС. Получается, что стоматология получит по потребности, а хирургия, родовспоможение и т.д. – по остаточному принципу. Такой вариант нереалистичен.

Второй вариант предполагает ту же самую систему обязательного медицинского страхования, но за счет дополнительного источника – средств самих граждан. Можно было бы указать в качестве плательщика еще и предприятия, но как раз чрезмерность уровня страховых взносов во все фонды привела к снижению размера страховых взносов с 34 до 30% от фонда оплаты труда. Поэтому остается только вариант платежей со стороны граждан, которые пока взносы в ОМС не уплачивают. Нужно сказать, что подобный опыт в стране уже имеется – был период, когда граждане помимо 12% подоходного налога платили дополнительно из уже начисленной им заработной платы 1% в фонд занятости (эту сумму удерживал работодатель). Приблизительные расчеты показывают, что для обеспечения страхового взноса в размере 1000 рублей в 2013 г. достаточно было бы уплачивать с работающего всего 0,5% от начисленной заработной платы. Правда, остаются еще неработающие граждане. За них взносы либо опять должны вносить субъекты Российской Федерации, либо и их долю следует возложить на работающих. А это означает, что размер дополнительного страхового взноса будет уже порядка 2% от заработной платы.

Так или иначе, теоретически это возможно. Правда, остаются вопросы о том, как на это отреагирует население, и о том, насколько целесообразно подобные дополнительные взносы привязывать только к стоматологической помощи.

Реализация мероприятий по долечиванию (реабилитации) работающих граждан в условиях санатория в рамках программы ОМС



В. Н. Мокшин,
директор ТФОМС Самарской области

В 2012 г. в Самарской области в соответствии с действующими федеральными нормативными документами было принято решение о включении санаторной помощи в систему ОМС. Санатории в рамках ОМС оказывают мероприятия по долечиванию (реабилитации) работающих граждан, проживающих в области, после стационарного лечения. Особенности оказания санаторной помощи учтены в действующих региональных нормативных документах: в Территориальной программе, бюджете ТФОМС Самарской области, Тарифном соглашении, Регламенте взаимодействия между участниками системы ОМС при оказании и оплате медицинской помощи.

Источником финансирования санаторной помощи определены средства межбюджетного трансферта из областного бюджета. В 2012 г. на реализацию мероприятий по долечиванию (реабилитации) работающих граждан, проживающих в Самарской области, в условиях санатория непосредственно после стационарного лечения запланировано направить сумму в размере 230 млн. руб. Указанные средства направляются в санатории через СМО.

Санатории оказывают помощь по 7 видам заболеваний: болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, болезни системы кровообращения, болезни сосудов, болезни органов дыхания, болезни органов пищеварения, травмы и болезни костно-мышечной системы, беременность (женщины группы риска), роды и послеродовый период. С учетом особенностей оказания санаторных медицинских услуг разработаны прейскуранты по клинко-статистическим группам. В соответствии с Тарифным соглашением санатории работают по полному тарифу.

Задание по долечиванию работающих граждан после санаторного лечения выполняют 11 санаториев. Запла-

нировано в течение 2012 г. провести 7,3 тыс. курсов долечивания. За первое полугодие было проведено 2,4 тыс. курсов долечивания и реабилитации (33% от годового задания). В то же время финансовые показатели выполнены на 42%, оплачено счетов санаториев на сумму 95 млн. руб. (за счет более дорогостоящих курсов лечения). Незначительное отставание вызвано организационными причинами (некоторые санатории включились в работу не с начала года).

Включение в систему ОМС санаторной помощи позволяет улучшить управление потоками больных, стандартизировать оказание помощи. В Самарской области разработаны и применяются клинические протоколы в разрезе нозологий по долечиванию (реабилитации) больных в условиях санатория.

Для санаториев работа в системе ОМС означает качественный переход к более современным методам управления и организации реабилитационного и восстановительного лечения. Так, более актуальными становятся вопросы управления ресурсами и качеством медицинской помощи. Участие в системе ОМС для санаториев означает появление контроля за целевым и рациональным использованием средств ОМС. Возникает взаимодействие с Территориальным фондом и СМО по вопросам контроля объемов, сроков качества и условий предоставления медицинской помощи.

А самое важное, более защищен застрахованный гражданин. Своевременное восстановительное лечение и реабилитация помогают сохранить здоровье и работоспособность граждан, уменьшить выход на инвалидность, сэкономить значительные ресурсы общества.

Опыт нескольких месяцев участия санаториев в системе ОМС Самарской области не позволяет сделать серьезных заключений. Тем не менее, можно констатировать, что эта работа носит перспективный характер. Позитивны изменения для всех участников системы. Однако, как показывает наш опыт, в дальнейшем требуется более полный учет в прейскурантах природно-климатических и курортологических факторов (наличие источников минеральной воды, целебных грязей и т.п.).

За 9 месяцев 2012 г. в страховые медицинские организации на реализацию мероприятий по долечиванию (реабилитации) работающих граждан в условиях санатория непосредственно после стационарного лечения перечислено 164 164,4 тыс. рублей.

Больница им. проф. С.В. Очаповского вошла в 100 лучших клиник мира по организации медицинской помощи кардиологическим больным



А.Г. Румянцев,
директор Федерального
научно-клинического центра
детской гематологии, онко-
логии и иммунологии им. Д.
Рогачёва, член-корреспондент
РАМН, академик РАЕН

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница № 1 имени профессора С.В. Очаповского» – крупнейшее на юге России лечебно-профилактическое учреждение. Руководителем больницы является заслуженный врач РФ, член-корреспондент РАМН В.А. Порханов.

На современном этапе краевая больница стала центром высоких технологий Южного федерального округа, где разрабатываются и внедряются самые современные методы исследования и лечения больных.

Основными направлениями деятельности являются: диагностика и лечение сердечно-сосудистой и онкоторакальной патологии, травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата; специализированная нейрохирургическая, уронефрологическая помощь, медицинская помощь в отделении микрохирургии глаза и ожоговом отделении.

В ее составе работает круглосуточный стационар на 1299 коек, функционируют 34 отделения стационара, объединенные в специализированные центры: грудной хирургии, нейроневрологический, хирургический, нефрологический, терапевтический, травматолого-ортопедический, ожоговый.

За год в учреждении выполняется около 50 тысяч операций, лечение в стационаре получают 60 тысяч пациентов. Проводятся более 500 тысяч консультаций жителям Краснодарского края и южного федерального округа. Лечебная и консультативно-диагностическая помощь в больнице оказывается бесплатно в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

В составе больницы функционирует Центр грудной хирургии, в котором осуществляется высококвалифицированная медицинская помощь пациентам, в том числе с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

В поликлинике Центра грудной хирургии специалисты оказывают консультативную помощь жителям Краснодарского края, страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями, проводят полное обследование, определяют показания для проведения оперативного лечения.

Сегодня в Центре на сердце и сосудах делают более 2 тысяч операций в год, детям (в том числе и возрасте до 1 года) – более 500 операций.

Имеется 2 кардиологических отделения (на 30 и 60 коек), оснащенные палатами интенсивной терапии на 6 коек каждое, которые осуществляют неотложную помощь пациентам с острым коронарным синдромом.

В кардиохирургическом отделении № 2 (на 30 коек) выполняются операции на открытом сердце, коронарного шунтирования, протезирования клапанов. С 2010 г. выполнена 91 операция ортотопической трансплантации сердца, в том числе 2 операции детям 14 и 15 лет. Госпитальная летальность у кардиохирургических больных составляет 4%. После успешно проведенных операций реабилитация пациентов проводится в условиях кардиологических отделений. Продолжительность пребывания в стационаре после коронарного шунтирования, протезирования клапанов составляет 10-14 суток, после трансплантации сердца – 30 суток. Дальнейшая реабилитация проводится в санаториях кардиологического профиля, расположенных на территории Краснодарского края.

Детское кардиохирургическое отделение на 30 коек осуществляет помощь детям с периода новорожденности. Ежегодно отделение принимает более 700 пациентов различного возраста и профиля, среди них около 20% новорожденных и более 50% - дети до 1 года. Выполняются операции у новорожденных и детей первого года жизни: этапное лечение сложных врожденных пороков сердца и повторные кардиохирургические вмешательства, протезирование клапанов сердца, гибридная минимально инвазивная хирургия, лечение врожденных и послеоперационных нарушений ритма сердца у детей с врожденными пороками и установка водителей ритма. Детское кардиохирургическое отделение связано прямыми контактами с отделением пренатальной диагностики и отделением новорожденных краевого перинатального центра. В случае дородовой диагностики порока сердца роды проходят под контролем специалистов, и ребенок сразу же после рождения поступает в специализированное отделение Центра грудной хирургии.

Можно дать самую высокую оценку специалистам больницы, которая вошла в 100 лучших клиник мира по организации помощи кардиологическим больным. Таких учреждений – всего 5 в России, и одна из них – в Краснодаре. На базе Краснодарской краевой больницы возможно создание реферанс-центра по подготовке российских специалистов в области рентгенэндоваскулярной хирургии и кардиологии с направлением на лечение пациентов с острым коронарным синдромом.

Обязательное медицинское страхование и социальная политика в СМИ

В Ленобласти и Петербурге может появиться единый кластер фармацевтических, радиологических и медпроизводств

На территории Ленинградской области и Санкт-Петербурга может появиться объединенный кластер фармацевтических, радиологических и медицинских производств. Об этом говорится в сообщении пресс-службы правительства области.

Напомним, что в июне 2012 г. объединенная заявка Санкт-Петербурга и области была отобрана Минэкономразвития в числе приоритетных кластеров, создание которых будет финансироваться из федерального бюджета.

Совместный проект города и области подразумевает создание специализированного кластера, который объединит технологическим циклом предприятия фармацевтической, радиационной сферы и производства медицинских технологий.

Комитет экономического развития и инвестиционной деятельности планирует в течение ближайшего месяца провести встречу по вопросам создания кластера с участием представителей правительства Санкт-Петербурга.

*РБК # Санкт-Петербург (spb.rbc.ru),
Санкт-Петербург,
(6-08-2012)*

В 2011 г рынок добровольного медицинского страхования в Москве вырос на 14%

Согласно «Анализу рынка ДМС в Москве», подготовленному BusinesStat, в 2011 г. стоимостный объем рынка ДМС в Москве составил 54,6 млрд руб., увеличившись по сравнению с предыдущим годом на 14%. При этом число совершенных по ДМС приемов выросло всего на 5,4%. Выручка ДМС растет опережающими темпами по отношению к численности приемов. Основным фактором роста выручки является повышение цен на медицинские услуги в целом и полисы ДМС в частности. Средние цены приемов ДМС в 2011 г. выросли на 8,4% и составили 2232,9 руб. за прием. Рост цен на медицинские приемы, в свою очередь, связан с увеличением зарплат персонала, ставок аренды помещений, цен импортного оборудования и лекарств.

В ближайшие годы средние цены на обслуживание по программе ДМС будут расти медленнее, чем на розовые услуги коммерческих клиник. К 2016 г. средняя

цена медицинского приема по ДМС составит 3111,5 руб. за прием. Медленный подъем цен связан с наличием у страховщиков прибыли, составляющей разницу между страховыми премиями и страховыми выплатами. Эта прибыль позволяет страховым компаниям брать на себя часть расходов, возникающих после подъема цен клиниками.

С 2007 по 2011 гг. средняя цена полиса ДМС выросла на 57% и достигла 18,7 тыс. руб. за годовой полис. Поскольку 85% объема сектора ДМС занимает корпоративное страхование, то и средняя цена полиса более приближена к оптовой цене для крупных организаций, то есть к минимально возможной цене. Из-за исчерпания сегмента крупных клиентов страховщики вынуждены плотнее работать с физическими лицами и мелким бизнесом, из-за чего средняя цена полиса будет ежегодно возрастать и к 2016 г. достигнет 27,4 тыс. руб. за полис.

*РИА РосБизнесКонсалтинг (rbc.ru), Москва,
(8-08-2012)*

Люди в серых халатах

Объем теневого рынка медуслуг в России - почти 183 млрд. рублей в год

В то время, когда правительство пытается определиться с перечнем платных медицинских услуг населению, эксперты подсчитали объем теневых медуслуг в стране. То есть сколько российские пациенты платят за ту медицинскую помощь, которая должна оказываться им безвозмездно. Оказалось, платит врачам в конвертиках каждый пятый пациент, при этом около 15% манипуляций врачей оплачивается теневым способом. Общий же объем рынка теневых услуг по стране оценивается почти в 183 миллиарда рублей.

Социологическое исследование, изучающее нюансы нелегальных финансовых взаимоотношений между врачом и пациентом, провели аналитики фонда «Новая Евразия» и агентство «С-медиа» в Москве, Твери и Новосибирске. Было опрошено более 1,5 тысячи пациентов и более трех сотен врачей, а также три десятка представителей страховых компаний.

Оказалось, что лишь половина опрошенных получала медицинские услуги в рамках государственной программы обязательного медстрахования или по программам добровольного медстраха, не платя ничего сверху. Все остальные выкладывали денюжки. Официально через кассу хотя бы раз оплачивали медицинские услуги

41% опрошенных. К практике неформальных расчетов с врачами прибегали 22% пациентов, из них 14% хотя бы один раз платили «из рук в руки», а 8% просто дарили медикам подарки.

Доля услуг, которые оплачивались за счет страховых программ, составила 59% от всего полученного респондентами в прошлом году объема медицинской помощи. Остальные 41% - это услуги, которые были оплачены самими пациентами. Из них 15% - теневым способом, а 26% - в кассу. Больше всего теневые платежи распространены при оказании высокотехнологичной и специализированной медпомощи. Оказалось, что чаще всего пациенты платят в карман врачу за лечение онкологических, сердечно-сосудистых заболеваний, за услуги стоматолога, гинеколога. Самое забавное, что и сами медицинские работники включены в теневой рынок, выступая в роли пациентов, - более 50% медицинских работников платят за медицинские услуги друг другу: 22% платят практически всегда, а 30% - если не могут получить медицинскую помощь другим способом. Неформальные платежи приняты даже в частных центрах: 17% опрошенных дают на лапу и эскулапам из коммерческих клиник!

Тем временем медработники признались, что теневой доход составляет 37% от их официального заработка. Исходя из того, что средняя заработная плата медработников в 2011 году составила более 18 тыс. рублей, а общее число врачей и медработников среднего звена - 2 млн. 269 тысяч человек, и был подсчитан объем теневого рынка медуслуг - 183 млрд. рублей в год.

Исследователи пришли к неутешительному выводу: теневые платежи между врачом и пациентом компенсируют недостатки российской медицины. «Пациент вынужден самостоятельно решать свои проблемы для обеспечения качества и скорости необходимых медицинских услуг, поскольку ни государственная, ни частная системы здравоохранения не в состоянии удовлетворить его потребности и обеспечить требуемый уровень медицинской помощи», - говорится в исследовании. В итоге все довольны: пациент получает приличную медпомощь, а врач - добавку к скудному жалованью. И медики, и пациенты отмечают, что «неформальные платежи - это выживание, обоюдное желание пациента и врача облегчить себе жизнь», «платят для того, чтобы врач мог нормально жить, а пациент был здоров».

Если говорить о глобальных итогах исследования, они свидетельствуют об активной коммерциализации российской медицины. «Рыночный подход в сознании медиков и пациентов получает широкую распространенность, складывается формат отношений, когда каждый понимает, что в итоге получает и за что платит, формируется рынок медицинских услуг «по знакомству» с агентами рынка - врачебных менеджеров по предоставлению медицинской помощи вне традиционных легальных каналов», - говорит руководитель проекта Наталья Золотовицкая.

- То, что в России существует теневой рынок медицинских услуг, а за формально бесплатную медицинскую помощь приходится платить, - факт, давно существующий и всем известный, - говорит редактор фармпортала Иван Данилов. - Полностью уйти от платной медицины нам не удастся, да и цели такой нет. Чтобы снизить темпы развития теневого рынка медицинских услуг, минимизировать практику неформальных расчетов с врачами, нужно как можно детальнее прописать платные услуги, обеспечить этому документу широкую пропаганду в СМИ, а также разместить перечень платных услуг на видном месте в каждом медучреждении. В таком случае будет легче контролировать эти теневые процессы, а вероятность злоупотреблений в сфере медуслуг значительно снизится.

*Московский комсомолец.ги, Москва,
Екатерина Пичугина (14-08-2012)*

Нездоровое место России в мировом рейтинге здоровья

Россия заняла 97 место в рейтинге стран по состоянию здоровья их населения, подготовленным агентством Bloomberg. Печальная ситуация в российском здравоохранении вызвана длительным недофинансированием отрасли и недостаточно эффективными реформами, считают эксперты.

Агентство Bloomberg опубликовало рейтинг стран по состоянию здоровья их населения, в котором Россия заняла 97-е место из 145. Верхние позиции в таблице заняли Сингапур, Италия и Австралия. В первую десятку также вошли (в порядке убывания) Швейцария, Япония, Израиль, Испания, Нидерланды, Швеция и Германия.

Рейтинг был составлен аналитиками агентства на основании данных Всемирной организации здравоохранения, ООН и Всемирного банка. Он учитывал такие параметры, как продолжительность жизни, младенческая и материнская смертность, курение и потребление алкоголя, физическая активность, лишний вес, уровень холестерина, давления, глюкозы, распространения ВИЧ и других заболеваний, а также уровень загрязнения окружающей среды.

Зарубежные аналитики не одиноки в своих выводах относительно состояния здоровья россиян. По данным июльского опроса ВЦИОМ, 40% наших соотечественников считают положение дел в здравоохранении одной из главных национальных проблем. Главная причина этого - хроническое недофинансирование и несовершенство реформ в отрасли, считают российские эксперты.

Россия опередила Украину, но отстала от Белоруссии

Ближайшие соседи России в рейтинге - Восточный Тимор (96 место), Ирак (98) и Украина (99), при этом Белоруссия обогнала РФ по уровню здоровья населения

и находится в таблице на 91 месте. Но даже близкое соседство в таблице двух бывших братских республик вряд ли может служить для россиян утешением.

Низкое положение России в рейтинге свидетельствует об очень тревожной ситуации в российском здравоохранении, считает президент Национального агентства по безопасности пациентов Алексей Старченко. «Это означает, что мы не можем обеспечить нашему населению мало-мальски приемлемую медицинскую помощь», - сказал он РИА Новости.

Основная причина этого состоит в длительном и достаточно большом недофинансировании отрасли, считает главный экономист ИК «Уралсиб Кэпитал» Алексей Девятов.

«На медицинскую помощь Россия тратит чуть менее 3% ВВП в год, а общие расходы на здравоохранение составляют чуть более 4% ВВП, - рассказал РИА Новости эксперт. - Это мало, даже восточноевропейские страны тратят больше».

Недостаточное финансирование породило множество различных проблем, таких как очереди (и в поликлиниках, и на высокотехнологичную медицинскую помощь), падение уровня медицинского образования и ухудшение качества оборудования. Невысокие зарплаты медиков отталкивают талантливую молодежь от работы в области здравоохранения.

Национальный проект «Здоровье» немного исправил ситуацию, в том числе и в отношении материальной базы, но этого недостаточно, считает Алексей Девятов.

«Есть определенные подвижки, связанные с системой управления здравоохранением, системой финансирования, в том числе с переходом на одноканальное финансирование, но, к сожалению, все эти реформы достаточно вялотекущие», - пояснил экономист.

По его мнению, Россия должна тратить примерно в два раза больше денег на медицинскую помощь, чтобы результат был заметен. Кроме этого, увеличение расходов должно сопровождаться реформой всей отрасли, включая подготовку кадров.

Высокая зарплата на горизонте

Будущее увеличение расходов на здравоохранение, по крайней мере, в части зарплат медикам, уже несколько месяцев декларируется с самых высоких трибун. В конце июля министр здравоохранения Вероника Скворцова подтвердила обещания президента Владимира Путина о том, что средняя зарплата медиков к 2018 году достигнет 200% от средней по региону, что примерно составит 90 тысяч рублей.

Эта мера помогла бы решить часть проблем отрасли - привлечь в медицину талантливую молодежь и поддержать уровень качества медицинского обслуживания в стране.

Однако эксперты считают обещания правительства не очень реалистичными: их выполнение потребует достаточно больших бюджетных средств, тогда как у государства есть масса других приоритетных расходов.

Достаточно вспомнить, что обещанного повышения зарплаты до средней по экономике региона ждут школьные учителя, которых в стране гораздо больше, чем врачей.

В то же время государству приходится сегодня думать о поиске источников финансирования для выполнения уже существующих обязательств перед гражданами, и о сокращении бюджетных расходов.

«В проекте бюджета на 2013 год расходы в 13,4 трлн рублей нужно сокращать более чем на 1 трлн рублей, если мы хотим вернуться к бюджетному правилу и исходить из исторически средних цен на нефть», - отметил главный экономист ИК «Уралсиб Кэпитал».

Кроме того, по его мнению, сегодня трудно прогнозировать, какая экономическая ситуация сложится в России к 2018 году. Она будет зависеть от многих факторов, в том числе от цен на нефть, от того, насколько активно в стране будут идти экономические и институциональные реформы, от роста экономики.

«К сожалению, пока все заявления об 200%-ном увеличении зарплаты выглядят просто как обещания, которые, может, сбудутся, а может, и нет. На мой взгляд, вероятность того, что это произойдет, пока очень небольшая», - подчеркнул Алексей Девятов.

Поштучная оплата операций

Для повышения уровня здравоохранения в стране нужно не только увеличить количество денег, выделяемых из бюджета, но и заставить эти деньги работать, считает Алексей Старченко. По его мнению, в недавно принятых законах об ОМС и об охране здоровья не создан механизм заинтересованности врача в приеме как можно большего числа пациентов и в качественном лечении.

«Рыночные механизмы должны действовать четко: врач сделал 100 операций - получит деньги за 100. Сделал 200 - получит за 200. Сегодня этого нет, у нас существует ограничение по финансированию. Когда врач не видит материальных результатов своего труда, его производительность падает», - пояснил он.

Одновременно с введением конкретной оплаты за конкретную работу врача следует установить действенный контроль за качеством этой работы, включая систему штрафов за нарушения, полагает президент Национального агентства по безопасности пациентов.

«Как только мы заставим лечебные учреждения возвращать пациенту деньги, если он получил некачественную медицинскую услугу, и не 1000 рублей, а более крупные суммы, то будет совершенно другая ситуация. Врач будет понимать, чем ему грозит некачественное лечение, он будет заинтересован в качественном обследовании и лечении пациента», - пояснил Алексей Старченко.

Вполне возможно, что в этом случае вырастут и международные рейтинги, потому что здоровье нации, в конечном итоге, зависит от общения врача и пациента, подчеркнул эксперт.

*РИА Новости (ria.ru), Москва, Анна Курская
(17-08-2012)*

Больше всего россияне недовольны отсутствием в больницах нужных врачей

Между тем, уровнем профессионализма врачей в государственных поликлиниках удовлетворен каждый третий.

Компанией Synovate Comcon Healthcare проведена опрос среди семи тысяч респондентов из 50 городов страны. Респондентов просили оценить медицинские услуги в больницах и поликлиниках.

Профессиональный уровень врачей устраивает 29 процентов респондентов, в то время как 18 процентов оценили его как «неудовлетворительный». Средней подготовку специалистов назвали 53 процента участников опроса. Среди пациентов, обслуживаемых по программе ДМС, полностью удовлетворены профессионализмом медиков 46 процентов опрошенных, пишет medpotral.ru.

Каждый четвертый опрошенный выразил готовность платить за качественное медобслуживание и улучшенный сервис. А 10 процентов респондентов сообщили, что в 2011 году уже оплачивал консультации врачей, анализы или оперативную медпомощь.

Согласно данным опроса, россиянам, посещающим поликлиники, больше всего не нравится отсутствие нужных врачей-специалистов в медучреждениях: 27,3 процента выразили недовольство по поводу их отсутствия. Работой регистратуры и диагностических кабинетов недовольны по 19 процентов участников опроса.

Лучше всего пациенты оценили качество и скорость работы лабораторий, сотрудники которых оставили недовольными лишь 16 процентов опрошенных. Полностью удовлетворены этим видом медуслуг 33,7 процента респондентов.

Кстати, больше недовольных той или иной работой поликлиник было среди тех, кто обслуживается по полису ОМС.

В целом, согласно данным опроса, качество сервиса в ЛПУ по сравнению с 2010 годом не изменилось, несмотря на запуск программы модернизации. Количество россиян, посещающих поликлиники по месту жительства, за первый квартал 2012 года снизилось на 10 процентов (по сравнению с первым кварталом 2010 года). Доля тех, кто обращается в поликлиники по полису ДМС, за тот же период выросла на 2,8 процента.

Кр.ru, Москва, (18-08-2012)

Государственные травмпункты нужны Владивостоку больше, чем частные

По словам заместителя главного врача краевой больницы № 2 Константина Шведа, в городе не хватает госучреждений здравоохранения.

Дополнительные государственные травмпункты нужны Владивостоку больше, чем частные. Городу не-

обходимы госучреждения здравоохранения, которых на сегодняшний день только три, а из расчета населения должно быть пять. Об этом сообщил заместитель главного врача по хирургической помощи КГБУЗ «ВКБ № 2» Константин Швед, передает медицинский портал Приморского края Vladmedicina.

По словам Константина Евгеньевича, частные медорганизации сегодня пользуются тем, что многие пациенты жалуются на большие очереди в государственных травмпунктах и готовы искать альтернативу. При этом во Владивостоке всего три подобных учреждения, хотя из расчета на население города (порядка 600 тысяч человек), их должно быть пять.

Однако в частных медучреждениях пациента может поджидать неприятный сюрприз. По словам Константина Евгеньевича, здесь зачастую отсутствуют правила, четко регламентирующие деятельность медучреждения, а специалисты не всегда квалифицированы. Оказав помощь недолжного качества, руководство частных травмпунктов нередко отказывается вернуть деньги клиенту.

«Разумеется, пациент сам должен выбирать, где ему получить медицинскую помощь, но, на мой взгляд, необходимо развивать сеть государственных травмпунктов. Для этого надо увеличить штатное расписание и четко определить тарифы, которые сегодня снижены фондом обязательного медицинского страхования», – считает Константин Швед.

Он приводит пример государственного травмпункта в Чебоксарах, как образца подобного медучреждения в системе российского здравоохранения.

«Зарплата врачей составляет - 40-50 тысяч рублей, а медсестер - до 25 тысяч. Здесь нет очередей, постоянно ведут прием два специалиста - нейрохирург и невролог, есть своя карета скорой помощи и операционная», – подытожил Константин Швед.

Как ранее сообщало РИА PrimaMedia, медицина Приморья испытывает «кадровый голод». Врачей не хватает во Владивостоке, а в крае их уже почти нет.

РИА PrimaMedia (primamedia.ru), Владивосток, (30-08-2012)

Челябинская больница заплатит пациентке с редким заболеванием за неполноценное лечение

Областная клиническая больница № 3 в Челябинске (больница скорой помощи) заплатит 30 тыс. рублей в качестве компенсации морального вреда пациентке, более 20 лет страдающей редким заболеванием, - лечение женщины не соответствовало медицинским стандартам, что привело к ухудшению ее здоровья, сообщили Агентству новостей «Доступ» в пресс-службе Челябинского областного суда.

Отметим, что ранее челябинка уже обращалась с иском к больнице в Калининский районный суд города, однако в удовлетворении требований о компенсации ей было отказано.

«Пациентка с начала 90-х годов состоит на диспансерном учете с редким заболеванием. В настоящее время она не может самостоятельно выйти на улицу, ее состояние напрямую зависит от приема лекарственных препаратов, в суде ее интересы представлял муж. Женщина имеет инвалидность II группы, ей установлена III степень утраты трудоспособности бессрочно. Челябинка обладает правом на получение набора социальных услуг, предусмотренных федеральным законом «О государственной социальной помощи», в том числе на обеспечение лекарственными препаратами», - говорится в сообщении.

Поскольку с получением дорогостоящих препаратов в поликлинике возникали проблемы, пациентка предъявила иск к больнице, настаивая, что с 2008 по 2010 год некоторые из препаратов ей либо вообще не выписывались, либо выписывались в меньшей дозировке, что привело к ухудшению качества ее жизни.

Согласно выводам экспертов-медиков ООО «НИИСЭ СТЭЛС», лечение, оказываемые пациентке специалистами ОКБ № 3 на амбулаторно-поликлиническом этапе, не соответствует стандарту медицинской помощи. Так, при назначении одного из препаратов отмечалось значительное снижение дозировки. Другое лекарство, обязательное для круглогодичного употребления, было назначено и получено лишь однократно на месячный курс лечения. Третий препарат, предписанный стандартом, не назначался ни разу.

На стороне потерпевшей выступили специалист компании «АльфаСтрахование-МС», подтвердивший факт выписки медикаментов в недостаточном количестве, а также региональный фонд обязательного медицинского страхования, представитель которого в областном суде высказал мнение об обоснованности апелляционной жалобы пациентки.

При этом представители больницы возражали против удовлетворения исковых требований, настаивая на том, что медицинская помощь женщине была оказана в нужном объеме, кроме того, она отказывалась от госпитализации. Однако, по мнению суда, госпитализация пациентки не гарантировала ей оказание помощи в соответствии со стандартами.

Эксперты установили отсутствие положительной динамики в лечении потерпевшей, что подтверждается возникновением у нее вторичных заболеваний из-за неполноценного лечения. В результате суд принял решение взыскать с больницы компенсацию морального вреда в размере 30 тыс. рублей в пользу пациентки. Кроме того, ОКБ № 3 должна в полном объеме оплатить женщине расходы по оплате услуг судебного эксперта.

*АН Доступ (dostup1.ru), Челябинск,
(10-09-2012)*

Дело без суда

В Свердловской области молодая женщина через суд взыскала с Кушвинской горбольницы 150 тысяч рублей за неправильно поставленный диагноз.

«Скорая» доставила 30-летнюю Светлану в инфекционное отделение Кушвинской горбольницы ночью с температурой, сильными болями, которые медики называют «острым животом», и предварительным диагнозом «пищевое отравление». От отравления ее и лечили - угольными таблетками, хотя боль усиливалась, температура подскочила под 40. Вечером женщину все-таки отправили на «скорой» в хирургическое отделение, но вскоре привезли обратно: дежурный хирург «своей» патологии не нашел.

- Я понимала, что умираю: было трудно дышать, не хватало воздуха, из-за боли я не могла даже сидеть, только лежать на боку, - рассказывает Светлана.

Каких-либо обследований больной в больнице не проводили, на очевидные симптомы, известные даже второкурсникам, врачи внимания не обращали. Лишь через трое суток пациентке все-таки сделали УЗИ и наконец-то обнаружили прорвавшийся аппендикс. В полубессознательном состоянии она попала на стол хирурга. Вкривь и вкось ей наложили 18 швов. Еще две недели она провела в больнице с температурой, потом столько же лечилась дома. Пропустила сессию в вузе, на животе остался безобразный шрам.

Светлана не стала тратить время на жалобы в облминздрав или в прокуратуру - сразу обратилась в свою страховую медицинскую компанию и в суд, потребовав с больницы компенсацию в 150 тысяч рублей. Суд удовлетворил ее требования в полном объеме, подтвердив, что имело место несвоевременное и некачественное оказание медицинской помощи, что привело к негативным последствиям для здоровья и причинило моральный вред.

Компетентно

Максим Стародубцев, председатель областной ассоциации медицинских страховщиков:

- Дефекты в работе больницы были настолько очевидны, что не потребовалось даже судмедэкспертизы, которая на 30 тысяч рублей увеличила бы издержки больницы. Создан прецедент, основа для досудебных соглашений при подобных конфликтах. До сих пор стандартные действия - через минздрав и прокуратуру - приводили к ничтожным выплатам. Например, в Качканаре суд оценил «лечение», которое привело к смерти больной и стенокардии ее мужа, всего в 30 тысяч. Теперь достаточно составить досудебную претензию и отнести ее в больницу. Это входит в обязанности страховых компаний. К ним необходимо обращаться с любой жалобой на качество медицинского обслуживания, тем более в тяжелых случаях. Надо заставить страховщиков работать! Поскольку обязательное медицинское страхование оплачивается государством,

социально гарантировано, надо пользоваться своими правами.

*Российская газета # Урал и Западная Сибирь.ru,
Екатеринбург, Ксения Попова
(13-09-2012)*

В Калининграде будет создана современная пульмонологическая лаборатория

Новая диагностическая лаборатория, основанная по последнему слову техники, появится в Калининграде в конце 2013 года на базе Горбольницы № 3. Это будет один из первых знаковых проектов, реализованных в рамках программы приграничного сотрудничества «Литва-Польша-Россия 2007-2013 гг.».

Международный проект под названием «Здоровые легкие для всех» стартовал в Калининградской области в сентябре и ориентирован на снижение показателей заболеваемости органов дыхания, в том числе туберкулеза, у жителей Варминско-Мазурского воеводства Польши и Калининградского региона.

Общий бюджет проекта, рассчитанного на 18 месяцев, составил один миллион евро. Часть средств пойдет на строительство приграничного пульмонологического центра в г. Ольштыне (Польша). Остальные средства будут потрачены на создание диагностической лаборатории в Калининграде, организацию рабочих встреч

докторов-пульмонологов из обеих стран, а также обучение работе на новом оборудовании, которое будет проходить на базе Автономного общественного Центра по борьбе с туберкулезом и болезнями легких в г. Ольштын. Почти все финансовые затраты по программе «Здоровые легкие для всех» взял на себя Европейский союз - фактически это 90 % от всей суммы.

«В рамках реализации проекта в конце октября запланирован первый обучающий визит сотрудников горбольницы № 3 в Ольштын, – рассказала координатор проекта, менеджер Агентства регионального экономического развития Анна Игнатъева. – А уже в ноябре 2012 г. будет проведена стартовая конференция, к участию в которой планируется пригласить калининградских врачей, специалистов-пульмонологов, экспертов в области здравоохранения, а также коллег из Автономного общественного Центра по борьбе с туберкулезом и болезнями легких».

Анна Игнатъева уверена, что за счет реализации проекта и качественного выполнения всех его мероприятий значительно повысится как доступность медицинских услуг в лечебных учреждениях-партнерах, так и эффективность хода лечения с помощью своевременной диагностики, сообщает пресс-служба правительства Калининградской области.

*Медицинский Вестник (medvestnik.ru), Москва,
(9-10-2012)*

I. Рукопись

Статья должна сопровождаться письмом с подписью руководителя и печатью организации с указанием названия работы, организации и фамилиями 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 подрисуночными 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. – 131 с.

Автореферат диссертации

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

Статья из сборника

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

Статья из журнала

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

Статья из зарубежного журнала

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

Сборник тезисов докладов международных конференций

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

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, 127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, 59а,
000 «Издательство «Офтальмология».

Тел.: +7 (499) 488-87-03

E-mail: journal-oms@yandex.ru