

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ

ISSN 2221-9943

МЕДИЦИНСКОЕ

СТРАХОВАНИЕ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ
Ф О Н Д
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

4 – 2013

Отчет Федерального фонда
обязательного медицинского страхования - 2012

Влияние нового законодательства об обязательном
медицинском страховании на деятельность страховых
медицинских организаций



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
СТРАХОВАНИЕ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

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

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
№ 4, 2013**

«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

№ 4, 2013

Рецензируемый научно-практический журнал.

Издание входит в перечень научных журналов, рекомендованных для публикации основных результатов диссертационных исследований на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук согласно решению Президиума Высшей аттестационной комиссии Минобрнауки России от 7 декабря 2012 г.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Председатель редакционного совета

Н.Н. Стадченко – Председатель ФОМС, к.э.н.

Заместитель председателя редакционного совета

А.З. Фаррахов – Заместитель министра здравоохранения Российской Федерации, к.м.н.

О.В. Андреева – Начальник Инспекции Счетной палаты РФ по контролю расходов федерального бюджета на здравоохранение и за бюджетом ФОМС, д.м.н., профессор

П.В. Бреев – Советник Председателя ФОМС

А. Гиуффрида – 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 лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий 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. Линденбрaten – Заместитель директора по научно-исследовательской работе ФГБУ «Национальный 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. Царёва – 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.

В.В. Повод – 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 30.09.2013 года. Тираж: 2000 экз.

Формат: 205 x 275 мм. Объем: 76 полос

Адрес редакции: 000 «Издательство «Офтальмология»

127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59А. Тел.: (499) 488-87-03

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», 2013

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

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

«OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE IN THE RUSSIAN FEDERATION»

№ 4, 2013

Peer-reviewed scientific practical journal.

The edition is included in the list of scientific journals recommended for publications of basic results of researches for thesis defense to academic degrees of Candidate and Doctor of Sciences according to the decision of the Presidium of the Higher Attestation Commission of the Ministry of Education and Science of Russia dated December 7, 2012.

EDITORIAL BOARD:

Chairman of Editorial Board

N.N. Stadchenko – PhD (Economic Sc.), Chairman of the Federal compulsory health insurance fund

Deputy Chairman of Editorial Board

Ayrat Farrakhov - MD, PhD, Deputy Minister of Healthcare of Russian Federation

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

P.V. Breyev – Councilor of Chairman of the 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 Drug Supply and Management of Medical Products Circulation of the Health Ministry of the Russian Federation

S.G. Kravchuk – Head of the Department for OMI FOMI Organization

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 National Research Institute of 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 - The Higher School of Economics

S.V. Shishkin – Research Director of the Institute for Health Economics of the National Research University - the Higher School of Economics, PhD, Dr. Economical Sciences.

V.V. Povod – Head of the Department for Legal and International FOMI Activity

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 30.09.2013, Circulation: 2000 copies

Format: 205 x 275 mm, Volume: 76 type pages

Address of Editorial Office: The Publishing House «Oftalmologiya» Ltd.

59A, Besludnikovskiy Blvd., Moscow, 127486, Russia. Tel.: +7 (499) 488-87-03

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», 2013

It is issued 1 time every second month since 2006

It is registered in the Federal Service of Supervision for Legislation Observation in Sphere of Mass Media Communications and Culture Legacy Preservation

Registration number ПИ № ФС77-23840 of March 28 2006

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

ISSN 2221-9943



9 772221 994772 >

СОДЕРЖАНИЕ

ОТЧЕТ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В 2012 ГОДУ

1. Финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования	6	11. ПРИЛОЖЕНИЯ	38
1.1. Обеспечение финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования	6	<i>Таблица 1.</i> Поступление страховых взносов на ОМС работающего и неработающего населения в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2012 году	38
1.2. Реализация базовой программы обязательного медицинского страхования. Обеспечение выравнивания финансовых условий деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования	9	<i>Таблица 2.</i> Поступление субвенций в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2012 году	41
1.3. О переходе субъектов Российской Федерации на преимущественно одноканальное финансирование здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования в 2012 году	11	<i>Таблица 3.</i> Финансовая обеспеченность территориальной программы ОМС средствами страховых взносов и налогов в 2012 году	43
1.4. Финансовое обеспечение отдельных направлений приоритетного национального проекта «Здоровье» и мероприятий по улучшению демографической ситуации	16	<i>Таблица 4.</i> Реализация территориальной программы ОМС в рамках базовой программы ОМС в 2012 году	46
2. Реализация программ модернизации здравоохранения в 2011-2012 годах	21	<i>Таблица 5.</i> Показатели проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан в 2011-2012 годах	49
3. Организация защиты прав и законных интересов застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования	25	<i>Таблица 6.</i> Показатели по диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в 2011-2012 годах	52
3.1. Деятельность межрегионального координационного совета по организации защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования	25	<i>Таблица 7.</i> Сведения о предоставлении субсидий Федерального фонда обязательного медицинского страхования на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации.	55
4. Совершенствование законодательных и иных нормативных правовых актов по вопросам обязательного медицинского страхования	27	ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС <i>С.А. Карчевская, С.Г. Кравчук, Е.Г. Потапчик, Е.В. Селезнева, С.В. Шишкин</i> Влияние нового законодательства об обязательном медицинском страховании на деятельность страховых медицинских организаций	58
5. Контроль за соблюдением законодательства об обязательном медицинском страховании и использованием средств	29	<i>S.A. Karchevskaya, S.G. Kravchuk, E.G. Potapchik, E.V. Selezneva, S.V. Shishkin</i> Impact of implementation of new obligatory medical insurance legislation on health insurance company's activities	58
6. Подготовка специалистов системы обязательного медицинского страхования	31	<i>В.И. Сабанов, О.С. Емельянова, В.В. Иваненко</i> Региональная система контроля качества медицинской помощи при диспансерном наблюдении беременных	64
7. Организация научно-исследовательских работ.	32	<i>V.I. Sabanov, O.S. Emelyanova, V.V. Ivanenko</i> Regional monitoring system quality medical care for pregnant dispensary observation	64
8. Международное сотрудничество	34	ДАЙДЖЕСТ НОВОСТЕЙ Обязательное медицинское страхование и социальная политика в СМИ	70
9. Информационное обеспечение и защита информации	35		
10. Информационно-публицистическая деятельность.	37		



«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».

Президент Российской Федерации
Владимир Владимирович Путин
(Совещание о реализации региональных программ модернизации здравоохранения в 2011-2012 годах, 31 октября 2012 г., Московская область, Ново-Огарёво)



«Планируется дальнейшее развитие сети медицинских учреждений, которые оказывают первичную помощь сельским жителям. Здесь, мне кажется, нам нужно соединить принципы необходимого и достаточного медицинского обслуживания. На селе должен быть предусмотрен перечень необходимых медицинских услуг. Для этого, естественно, существуют ФАПы, офисы врача общей практики. Часть услуг, более сложных, должна оказываться в ЦРБ, включая возможности использования телемедицины, что для нашей страны имеет непреходящее значение. Поэтому условия для повышения качества и доступности медицины мы должны улучшать, оснащать наши пункты оказания медицинских услуг новым оборудованием, включая автомобили скорой помощи».

Председатель Правительства Российской Федерации
Дмитрий Анатольевич Медведев
(Совещание по вопросу социального развития села в Саратовской области, 6 сентября 2012 г., Саратов)

**ОТЧЕТ
О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
В 2012 ГОДУ**

1. ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1.1. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» предусматривает ряд нововведений в части финансового обеспечения системы обязательного медицинского страхования, а именно с 2012 года:

централизацию средств обязательного медицинского страхования в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее также – Федеральный фонд);

установление единых требований к субъектам Российской Федерации по определению размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения и ответственности за своевременность и полноту их уплаты;

финансовое обеспечение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования за счет субвенций из бюджета Федерального фонда;

распределение субвенций из бюджета Федерального фонда по единой методике, устанавливаемой Правительством Российской Федерации.

Федеральный закон от 30 ноября 2011 года № 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» впервые установил единый для всех субъектов Российской Федерации тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения в размере 18 864,6 рублей. С 2012 года страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения поступают в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования в размере, рассчитанном в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В целях равномерного распределения нагрузки на бюджеты субъектов Российской Федерации законодательством предусмотрен поэтапный переход к уплате страховых взносов по единому тарифу, установленному федеральным законом. Так, размер страховых взносов в расчете на одного застрахованного неработающего гражданина в 2012 году составил 3 555,8 рублей, или 132% к уровню 2011 года (2 702,5 руб.).

В 2012 году субвенции, предоставляемые из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обя-

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

В 2012 году размер субвенции из бюджета Федерального фонда бюджету территориального фонда исчисляется как сумма страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения соответствующего субъекта Российской Федерации, страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения, исчисляемых на территории соответствующего субъекта Российской Федерации по тарифу два процента, и объема дотаций, предусмотренного в бюджете Федерального фонда соответствующего субъекта Российской Федерации на 2011 год.

Финансовая деятельность Федерального фонда обязательного медицинского страхования осуществлялась в 2012 году в соответствии с Федеральным законом от 30 ноября 2011 года № 370-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2012 год и на плановый период 2013 и 2014 годов» (далее – Федеральный закон о бюджете).

Доходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2012 год утверждены в сумме 916 765 528,2 тыс. рублей, в том числе за счет межбюджетных трансфертов, получаемых из федерального бюджета – 51 810 000,0 тыс. рублей. Расходы утверждены в сумме 916 765 528,2 тыс. рублей, в том числе межбюджетные трансферты, предоставляемые бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации – 19 030 000,0 тыс. рублей.

Бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2012 год исполнен по доходам в сумме 966 542 187,3 тыс. рублей (105,4% утвержденного объема) и по расходам – 932 157 813,7 млн. рублей (101,7% утвержденного объема).

Доходы Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2012 году сформированы за счет:

- страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего и неработающего населения, зачисляемых в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования в сумме 913 991 622,7 тыс. рублей (94,6% в общем объеме доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования);

- межбюджетных трансфертов из федерального бюджета в сумме 51 810 000,0 тыс. рублей (5,4% в общем объеме доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования), в том числе на компенсацию выпадающих доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование в сумме 46 910 000,0 тыс. рублей и на финансирование мероприятий, входящих в приоритетный национальный проект «Здоровье», в сумме 4 900 000,0 тыс. рублей.

Расходование средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования осуществлялось в соответствии с целями, установленными Федеральным законом о бюджете.

На выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования в целях обеспечения выравнивания финансовых условий деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования в 2012 году в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования направлено 640 562 414,2 тыс. рублей (104,7% утвержденного объема), в том числе 29 041 677,0 тыс. рублей за счет средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования в порядке, установленном постановлением Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2011 года № 1123 «О порядке распределения в 2012 году средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования на увеличение субвенций бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации».

На финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в соответствии с распоряжениями Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2010 года № 2396-р, от 4 мая 2012 года № 711-р, от 22 октября 2012 года № 1969-р в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования направлено 229 697 834,0 тыс. рублей (100% утвержденного объема), в том числе:

- на укрепление материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здра-

воохранения, в том числе на обеспечение завершения строительства ранее начатых объектов, текущий и капитальный ремонт государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, а также приобретение медицинского оборудования – 138 918 047,7 тыс. рублей;

- на внедрение современных информационных систем в здравоохранение в целях перехода на полисы обязательного медицинского страхования единого образца, в том числе обеспеченных федеральным электронным приложением универсальной электронной карты, внедрение телемедицинских систем электронного документооборота и ведение медицинских карт пациентов в электронном виде – 10 723 068,1 тыс. рублей;

- на внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами – 80 056 718,2 тыс. рублей.

Также в отчетном году Федеральным фондом обязательного медицинского страхования были направлены межбюджетные трансферты в федеральный бюджет на реализацию мероприятий по модернизации федеральных государственных учреждений в сумме 29 821 743,3 тыс. рублей, в том числе:

- оказывающих медицинскую помощь, в части укрепления материально-технической государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, – 23 678 947,7 тыс. рублей;

- в части внедрения современных информационных систем в здравоохранение в государственных учреждениях, оказывающих медицинскую помощь, – 1 248 795,6 тыс. рублей;

- на реализацию мероприятий по внедрению современных информационных систем в здравоохранение Министерству здравоохранения Российской Федерации – 4 894 000 тыс. рублей.

На осуществление единовременных компенсационных выплат сельским врачам в соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 2329-р направлены иные межбюджетные трансферты из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования в сумме 7 716 551,2 тыс. рублей (96,0% от запланированного объема).

В целом, расходы Федерального фонда обязательного медицинского страхования на финансирование мероприятий в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» за счет ассигнований федерального бюджета (с учетом привлечения остатков средств федерального бюджета, образовавшихся по состоянию на 1 января 2012 года) составили 4 905 017,5 тыс. рублей (0,5% в общей сумме расходов Федерального фонда обязательного медицинского страхования), в том числе:

- на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан в 2012 году (с учетом остатков

средств на 1 января 2012 года) – 4 018 566,4 тыс. рублей (100,5% утвержденного объема);

- на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, – 886 451,1 тыс. рублей (98,5% утвержденного объема).

На оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни в Фонд социального страхования Российской Федерации в 2012 году перечислены средства бюджета Федерального фонда обязательного медицинского стра-

хования в размере 17 639 490,2 тыс. рублей (92,7% утвержденного объема).

Расходы на финансовое обеспечение деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2012 году были осуществлены в размере 722 433,2 тыс. рублей, или 68,6% к годовому объему.

Остатки средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования по состоянию на 1 января 2013 года, образовавшиеся в связи с неполным использованием бюджетных ассигнований, направляются на те же цели в 2013 году в соответствии с Федеральным законом о бюджете.

Задачи на 2013 год

В 2013 году Федеральным фондом осуществляется реализация Федерального закона от 3 декабря 2012 года № 217-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов», в том числе в части:

- предоставления субвенций на реализацию территориальных программ обязательного медицинского страхования;
- осуществления контроля за поступлением страховых взносов на обязательное медицинское страхование;
- предоставления субсидий из бюджета Федерального фонда на финансовое обеспечение программ и мероприятий по модернизации здравоохранения;
- финансового обеспечения мероприятий по улучшению демографической ситуации;
- финансового обеспечения единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в соответствии с частью 12.1 статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

1.2. РЕАЛИЗАЦИЯ БАЗОВОЙ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВЫРАВНИВАНИЯ ФИНАНСОВЫХ УСЛОВИЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РАМКАХ БАЗОВОЙ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Во исполнение постановления Правительства Российской Федерации от 21 октября 2011 года № 856 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год» (далее – Программа) органами государственной власти 83 субъектов Российской Федерации и города Байконура разработаны и утверждены территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год (далее – территориальные программы государственных гарантий), включающие в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования.

В течение 2012 года органами государственной власти 70 субъектов Российской Федерации внесены изменения в нормативные правовые акты, утверждающие территориальные программы обязательного медицинского страхования, в результате чего утвержденная стоимость указанных программ в целом по Российской Федерации в 2012 году увеличилась с 709 323,5 млн. рублей до 769 234,5 млн. рублей (на 8,4%).

В целом, в период с 2001 г. по 2012 г. отмечается увеличение доли средств обязательного медицинского страхования в общем объеме финансирования территориальных программ государственных гарантий, что является результатом работы органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и территориальных фондов обязательного медицинского страхования по переходу учреждений здравоохранения на одноканальное финансирование здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования.

Доля средств обязательного медицинского страхования в структуре территориальных программ государственных гарантий в целом по Российской Федерации составила 55,6% (от 96,1% в Калининградской области до 31,6% в Ненецком автономном округе).

По итогам 2012 года территориальные программы обязательного медицинского страхования в целом по Российской Федерации были исполнены на 94,4% от утвержденной стоимости. Исполнение не достигло утвержденной стоимости в Республике Калмыкия (73,6% от утвержденной стоимости), Республике Ингушетия (81,0%), Республике Хакасия (82,2%).

Величина дефицита фактического исполнения территориальной программы обязательного медицинского страхования от утвержденной стоимости в 2012 году в

разрезе субъектов Российской Федерации составляет от 26,4% в Республике Калмыкия до 0,1% в Сахалинской области. В 14 субъектах Российской Федерации фактическое исполнение территориальной программы обязательного медицинского страхования превышает утвержденную стоимость.

В сравнении с 2011 годом значительно увеличились страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения в Сахалинской области (на 879,9%), Ямало-Ненецком автономном округе (на 414,6%), Забайкальском крае (на 195,2%), Омской области (на 188,1%), Амурской области (на 176,0%), Республике Дагестан (на 165,5%), Орловской области (на 164,1%).

В 2012 году в среднем по Российской Федерации на 1 застрахованного жителя поступило 4 537,4 рублей (исходя из тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование работающего населения 3,1%), что на 7,1% больше, чем в 2011 году (4 236,6 рублей). При этом на 1 работающего застрахованного по обязательному медицинскому страхованию поступило страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения в сумме 6 269,1 рублей, или на 12,6% больше, чем в предыдущем году (5 568,5 рублей); на 1 застрахованного неработающего – 3 446,6 рублей, или на 4,0% больше, чем в предыдущем году (3 313,4 рублей).

Подушевой норматив финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования за счет средств обязательного медицинского страхования в среднем по Российской Федерации в 2012 году составил 4 238,8 рублей, что на 3,3% выше рекомендованного федерального норматива (4 102,9 руб.) и на 15,7% выше уровня 2011 года (3 663,3 рубля).

Подушевые нормативы финансового обеспечения территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования сложились ниже рекомендованного федерального норматива в 55 субъектах Российской Федерации и городе Байконуре, при этом в 13 субъектах разница превышает 20%.

В 2012 году установленный норматив финансового обеспечения территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования был

выполнен в 28 субъектах Российской Федерации, при этом наибольший уровень выполнения был отмечен в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре (183,9%), Сахалинской области (156,1%), городе Москве (144,2%), Московской области (136,1%), Ненецком автономном округе (132,4%), городе Санкт-Петербурге (132,4%).

Самое низкое выполнение норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Северная Осетия – Алания (71,4%), Республике Хакасия (72,4%), Архангельской области (73,6%), Ивановской области (74,6%), Республике Бурятия (74,9%).

Задачи на 2013 год

В 2013 году осуществляется реализация территориальных программ обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании, в том числе:

- финансирование скорой медицинской помощи в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования за счет межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджетов субъектов Российской Федерации в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования;

- проведение диспансеризации отдельных категорий граждан;

- оказание медицинской помощи с использованием метода экстракорпорального оплодотворения.

Подготовлены предложения в проект постановления Правительства Российской Федерации «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов», а также предложения по формированию, экономическому обоснованию и реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования, предусматривающие:

- определение объемов медицинской помощи на основании оценки потребности населения в медицинской помощи с учетом анализа показателей заболеваемости;

- обеспечение финансирования территориальных программ обязательного медицинского страхования не ниже соответствующих рекомендованных показателей;

- обеспечение дальнейшего внедрения современных медицинских технологий в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования;

- внедрение стандартов медицинской помощи;

- оптимизацию объемов медицинской помощи по видам; внедрение способов оплаты медицинской помощи, ориентированных на повышение эффективности работы медицинской организации (в том числе, подразумевающих оценку доступности и качества медицинской помощи).

1.3. О ПЕРЕХОДЕ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ОДНОКАНАЛЬНОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧЕРЕЗ СИСТЕМУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В 2012 ГОДУ

В 2012 году поэтапный переход на одноканальное финансирование здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования осуществлялся в 68 субъектах Российской Федерации.

Расходы на территориальные программы обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации, осуществлявших переход на одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования, по итогам 2012 года составили 580 186,0 млн. рублей, в том числе:

- в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 508 708,4 млн. рублей (87,7% от совокупных расходов на территориальные программы обязательного медицинского страхования);
- сверх базовой программы обязательного медицинского страхования – 71 477,7 млн. рублей (12,3%).

В рассматриваемом периоде наибольшая доля расходов на финансирование медицинской помощи, осуществленных сверх базовой программы обязательного медицинского страхования, в общем объеме расходов на территориальную программу обязательного медицинского страхования отмечена в Республике Татарстан (48,1%), Калининградской области (39,3%), Чукотском автономном округе (38,0%), Тюменской области (32,7%), Костромской области (31,1%) (диаграмма 1).

Мероприятия по поэтапному переходу на одноканальное финансирование здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования в 2012 году предусматривали расширение тарифа по обязательному медицинскому страхованию и включение в территориальную программу обязательного медицинского страхования видов медицинской помощи и заболеваний, финансируемых в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи за счет средств бюджетов соответствующих уровней.

Расширение перечня статей расходов в тарифе по обязательному медицинскому страхованию

В 2012 году в 66 субъектах Российской Федерации на реализацию мероприятий по расширению тарифа по обязательному медицинскому страхованию медицинскими организациями было использовано 54 512,4 млн. рублей, или 9,4% от совокупных расходов на территориальную программу обязательного медицинского страхования.

При расширении тарифа наибольшую долю в структуре расходов медицинских организаций по территориальной программе обязательного медицинского страхования составили затраты на коммунальные услуги – 3,0%; прочие работы и услуги (установка и монтаж локальных вычислительных сетей, систем охранной и пожарной сигнализации и др.) – 1,6%; увеличение стоимости материальных запасов – 1,6%; горюче-смазочные материалы – 0,4%; прочие материальные запасы – 1,2%; прочие расходы (сверх базовой программы ОМС) – 1,2% (диаграмма 2).

Включение в территориальные программы обязательного медицинского страхования дополнительных видов медицинской помощи, не входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования

В 2012 году в 37 субъектах Российской Федерации в территориальные программы обязательного медицинского страхования были включены виды помощи, не входящие в базовую программу обязательного медицинского страхования (скорая медицинская помощь, психиатрия, наркология, фтизиатрия, венерология, профпатология, койки сестринского ухода и т.д.), ранее финансируемые за счет средств соответствующих бюджетов бюджетной системы Российской Федерации.

На реализацию данного направления медицинскими организациями в отчетном периоде использовано 16 965,2 млн. рублей, или 2,9% от совокупных расходов на территориальную программу обязательного медицинского страхования (диаграмма 3).

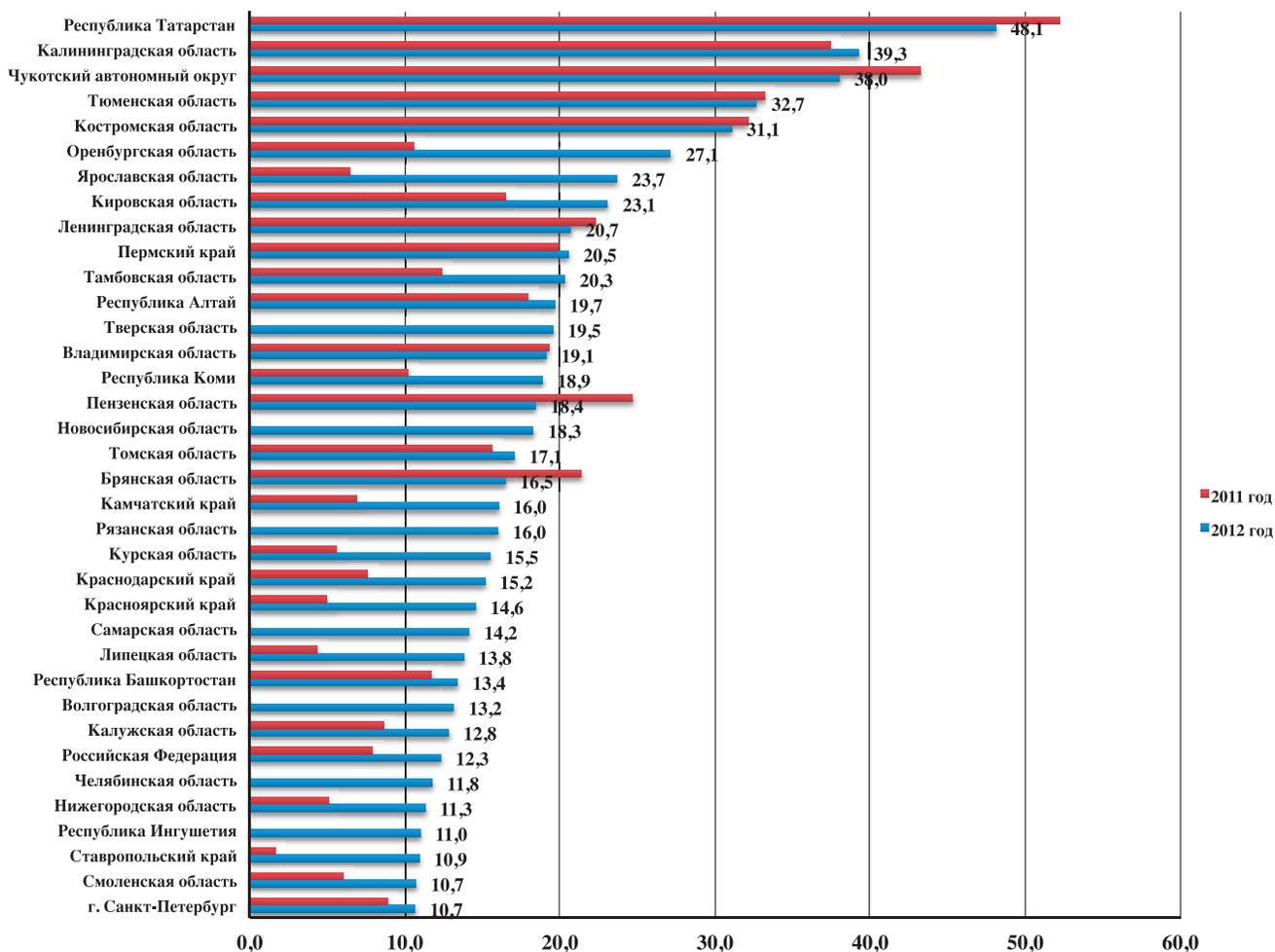
Структура расходов на оплату видов медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, в 2011 году в разрезе дополнительных видов медицинской помощи представлена на диаграмме 3.

Скорая медицинская помощь

Оплата скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования осуществлялась в 19 субъектах Российской Федерации: Республики Алтай, Коми и Татарстан, Ивановская, Калининградская, Кировская, Ленинградская, Липецкая, Мурманская, Нижегородская, Новосибирская, Оренбургская, Пензен-

Диаграмма 1

Доля расходов на медицинскую помощь, оказываемую сверх базовой программы обязательного медицинского страхования, в субъектах Российской Федерации, осуществляющих поэтапный переход на одноканальное финансирование, в общем финансировании территориальной программы обязательного медицинского страхования, %

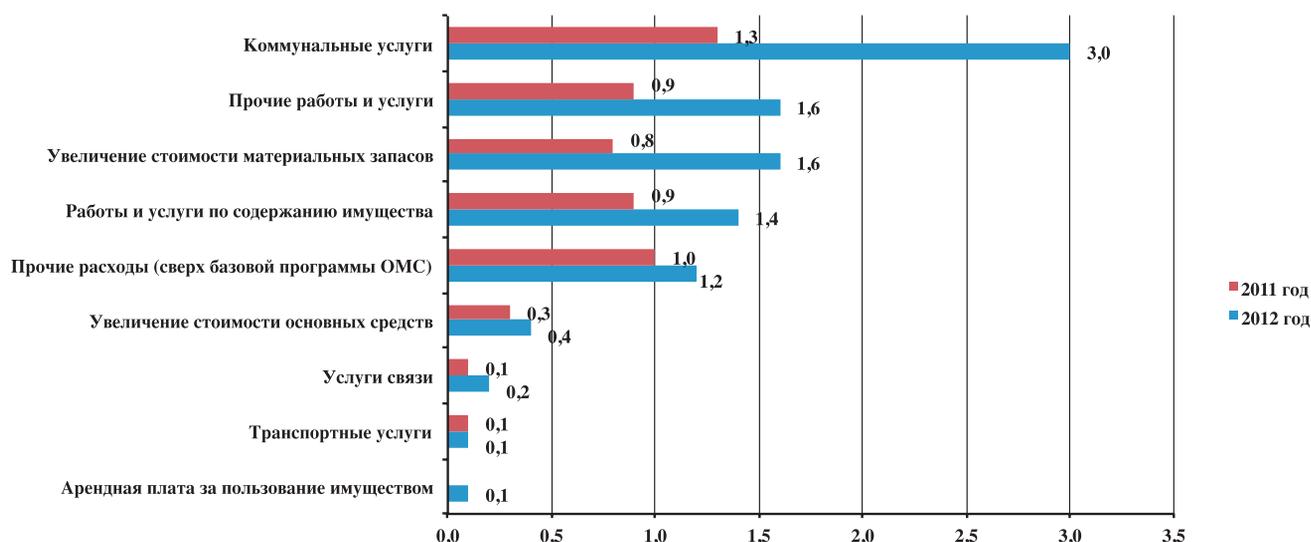


ская, Самарская, Тамбовская, Тюменская и Ярославская области, Чукотский автономный округ, а также в целях подготовки к переходу с 2013 года к оплате скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в Костромской области внедрен переходный способ оплаты данного вида медицинской помощи за счет целевых средств бюджета субъекта Российской Федерации, направляемых из бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования в медицинские организации. В отчетном периоде совокупный объем расходов на оказание данного вида

помощи составил 6 077,8 млн. рублей, или 1,0% общих расходов на территориальные программы обязательного медицинского страхования, что превышает уровень 2011 года на 62,7%. В разрезе субъектов Российской Федерации наибольшее значение доли использованных средств бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования в совокупном объеме расходов на территориальные программы обязательного медицинского страхования отмечено в Ленинградской области – 8,9%, Калининградской области – 7,3%, Оренбургской области – 7,2%, Кировской области – 6,5%.

Диаграмма 2

Структура расходов сверх тарифа обязательного медицинского страхования при переходе на одноканальное финансирование (в % к общей сумме расходов по территориальной программе обязательного медицинского страхования)



Расходы средств бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования на специализированную (санитарно-авиационную) скорую медицинскую помощь осуществлялись в 3 субъектах Российской Федерации (Республика Татарстан, Тюменская область и Чукотский автономный округ).

Оплата скорой медицинской помощи по числу вызовов осуществлялась в 14 субъектах Российской Федерации (Республики Алтай, Коми и Татарстан, Ивановская, Кировская, Костромская (частично), Липецкая, Нижегородская, Оренбургская, Пензенская, Самарская, Тамбовская, Ярославская области и Чукотский автономный округ).

В 7 субъектах Российской Федерации оплата скорой медицинской помощи осуществлялась иными способами: Калининградская, Кировская, Ленинградская, Мурманская, Новосибирская и Тюменская области оплачивали по подушевому нормативу, Костромская область (частично) – по смете расходов станций скорой медицинской помощи. Так же скорая медицинская помощь оплачивалась по законченному случаю лечения в Кировской и Тюменской областях.

Высокотехнологичная медицинская помощь

Высокотехнологичная медицинская помощь оплачивалась за счет средств обязательного медицинского страхования в 4 субъектах Российской Федерации (Ре-

спублика Татарстан, Красноярский край, Тюменская область, г. Санкт-Петербург). По итогам 2012 года расходы на высокотехнологичную медицинскую помощь составили 3 218,0 млн. рублей, или 0,6% общих расходов на территориальные программы обязательного медицинского страхования), что превышает уровень 2011 года на 29,2%. В Республике Татарстан указанные расходы составили 7,8% всех расходов на территориальную программу обязательного медицинского страхования, в Красноярском крае – 1,2%, Тюменской области – 7,5%, г. Санкт-Петербург – 1,1%.

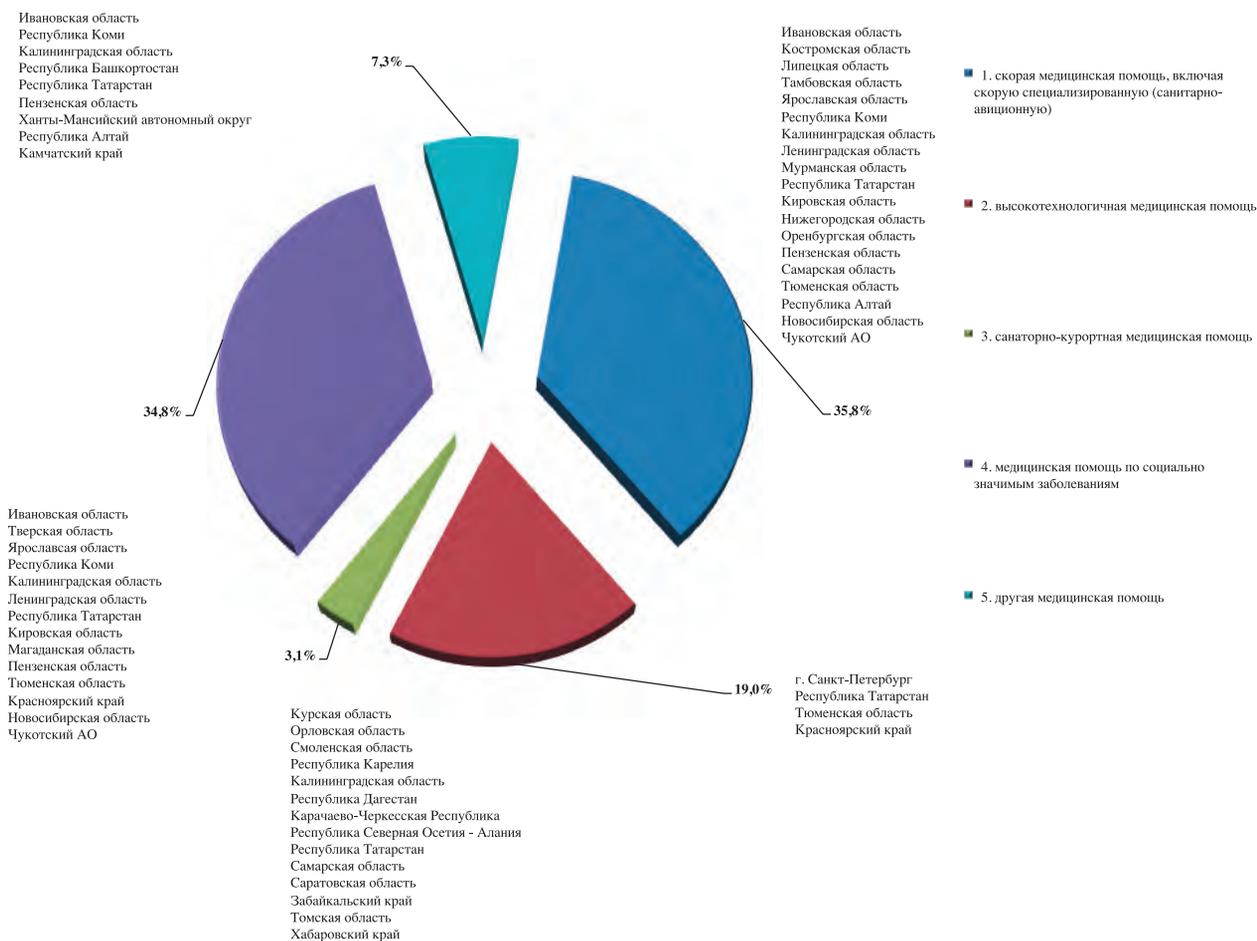
Высокотехнологичная медицинская помощь в указанных субъектах Российской Федерации оплачивалась по законченному случаю лечения. Кроме того, в г. Санкт-Петербурге применялась оплата высокотехнологичной хирургической медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования частично: только за проведенную операцию, без учета расходов, связанных с предоперационным лечебно-диагностическим процессом и послеоперационной реабилитацией в условиях стационара круглосуточного пребывания.

Санаторно-курортная медицинская помощь

Санаторно-курортная медицинская помощь оплачивалась за счет средств обязательного медицинского страхования в 14 субъектах Российской Федерации (Республики Дагестан, Карелия, Северная Осетия – Алания,

Диаграмма 3

Структура расходов на оплату видов медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, в разрезе дополнительных видов медицинской помощи, %



Татарстан, Карачаево-Черкесская Республика, Забайкальский и Хабаровский края, Калининградская, Курская, Орловская, Самарская, Саратовская, Смоленская и Томская области). Расходы на данный вид медицинской помощи составили 540,2 млн. рублей, или 0,1% от общего объема расходов на территориальные программы обязательного медицинского страхования.

В 8 субъектах Российской Федерации (Республики Северная Осетия - Алания и Татарстан, Карачаево-Черкесская Республика, Забайкальский край, Калининградская, Курская, Орловская и Смоленская области) оплата санаторно-курортной медицинской помощи осуществлялась по числу койко-дней; в 6 субъектах Российской Федерации (Республика Дагестан, Хабаровский край, Орловская, Самарская, Саратовская и Томская области)

оплата осуществлялась по законченному случаю лечения. В Республике Карелия санаторно-курортная медицинская помощь оплачивалась по числу оказанных услуг.

Наряду с дополнительными видами помощи в 2012 году 14 субъектами Российской Федерации в территориальные программы обязательного медицинского страхования включена медицинская помощь при социально значимых заболеваниях (Республики Коми и Татарстан, Красноярский край, Ивановская, Калининградская, Кировская, Ленинградская, Магаданская, Новосибирская, Пензенская, Тверская, Тюменская и Ярославская области, Чукотский автономный округ). Расходы, связанные с оказанием медицинской помощи при данных заболеваниях, осуществленные за счет средств обязательного медицинского страхования, составили

5 897,2 млн. рублей, или 1,0% от общего объема расходов на территориальные программы обязательного медицинского страхования.

Наибольшая доля расходов на медицинскую помощь при социально значимых заболеваниях в общем объеме расходов на территориальные программы обязательного медицинского страхования отмечена в Чукотском автономном округе – 14,3%, Калининградской области – 12,3%, Тюменской области – 10,5%, Республике Татарстан – 10,0%.

Внедрение в субъектах Российской Федерации эффективных способов оплаты медицинской помощи

По итогам 2012 года в 28 субъектах Российской Федерации медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями в амбулаторных условиях, оплачивалась по подушевому нормативу. Расходы на оплату медицинской помощи данным способом составили 11,3% от совокупного объема финансирования медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в амбулаторных условиях.

В 68 субъектах Российской Федерации медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями

в условиях стационара круглосуточного пребывания, оплачивалась по законченному случаю лечения. При этом в 9 субъектах Российской Федерации (Вологодская, Воронежская, Кировская, Костромская, Курганская, Орловская, Челябинская и Ярославская области, г. Санкт-Петербург) расчет размера тарифа на оплату медицинской помощи, оказанную медицинскими организациями в условиях стационара, по законченному случаю лечения осуществлялся по клинко-статистическим группам. Размер средств, направленных на оплату медицинской помощи данным способом, в отчетном периоде составил 73,2% от общего объема на медицинскую помощь, предоставляемую медицинскими организациями в условиях стационара.

Медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями в условиях дневных стационаров, оплачивалась по законченному случаю лечения в 47 субъектах Российской Федерации. Размер средств, направленных на оплату медицинской помощи данным способом, в отчетном периоде составил 56,1% от общей суммы финансирования медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями в условиях дневных стационаров.

1.4. ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» И МЕРОПРИЯТИЙ ПО УЛУЧШЕНИЮ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ

В 2012 году продолжилась реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» и мероприятий

по улучшению демографической ситуации. В соответствии с Федеральным законом о бюджете

Таблица 1

Финансовое обеспечение мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье» и мер по улучшению демографической ситуации в 2012 году

Показатели	Предусмотрено	Исполнено (по состоянию на 31.12.2012)	% исполнения плана
Проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан			
Объем финансовых средств с учетом остатков средств, образовавшихся по состоянию на 1 января 2012 года (тыс. руб.)	4 063 238,6	4 018 566,4	98,9
Численность (чел.)	2 820 874	2 826 469	100,2
Проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации			
Объем финансовых средств с учетом остатков средств, образовавшихся по состоянию на 1 января 2012 года (тыс. руб.)	910 740,0	886 451,2	97,3
Численность (чел.)	310 923	309 728	99,6
Оплата медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни			
Объем финансовых средств (тыс. руб.)	19 030 000,0	17 639 490,2	92,7

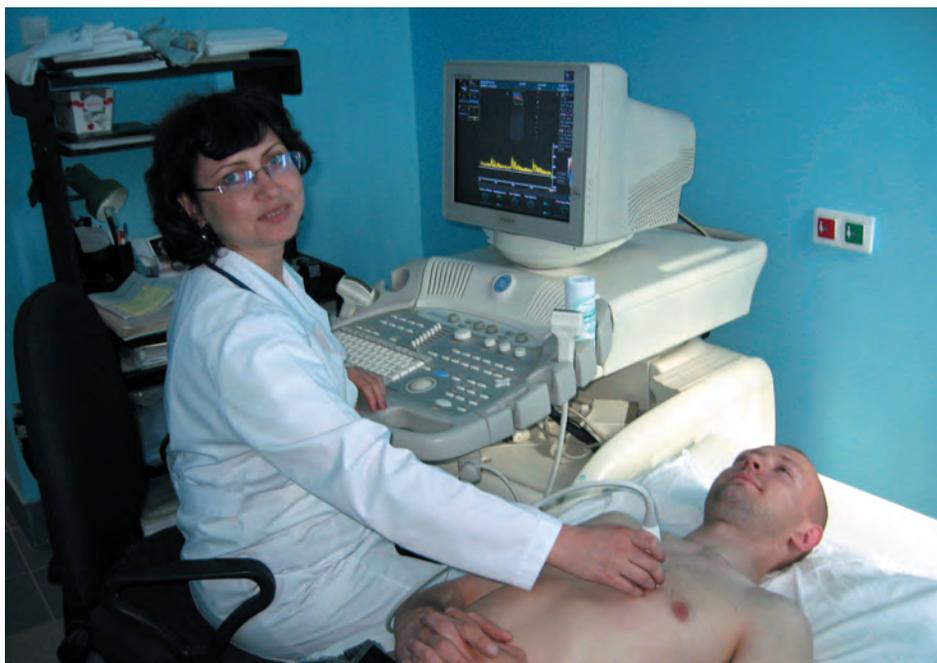
осуществлялось финансовое обеспечение следующих направлений:

Проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан

В целом с 2006 по 2012 год дополнительная диспансеризация проведена в отношении 27 026 070 человек. При этом было выявлено около 12,7 миллионов больных,

что отразилось на показателях первичной и общей заболеваемости населения.

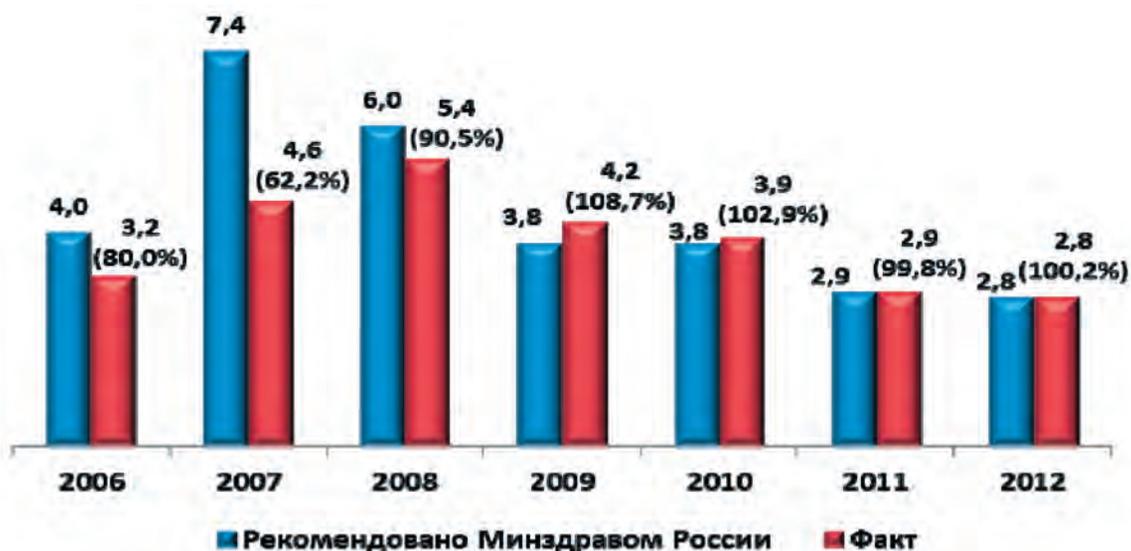
В 2012 году в реализации данного направления приоритетного национального проекта «Здоровье» участвовало более 3 тысяч медицинских организаций. Дополнительную диспансеризацию прошло 2 826 469 человек, или 100,2% от численности, рекомендованной Минздравсоцразвития России (письмо от 17 февраля 2012 года № 14-3/10/1-885).



Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Дмитровская городская больница»

Диаграмма 4

Численность работающих граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию в 2006–2012 годах, млн. чел.



В 65 субъектах Российской Федерации утвержденный план по численности лиц, подлежащих дополнительной диспансеризации, выполнен на 100% и более, в том числе: в Чеченской Республике (106,9%), Тульской (106,2%), Костромской (104,1%), Вологодской (103,7%) областях и Республике Марий Эл (103,3%).

Расходы Федерального фонда на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан в

2012 году исполнены в объеме 4 018 566,4 тыс. руб., или 98,9% к уточненной росписи.

Окончательные расчеты по проведению дополнительной диспансеризации работающих граждан за 2012 год были произведены в феврале 2013 года в размере 44 671,9 тыс. руб.

Проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации

Начиная с 2007 года в Российской Федерации осуществляется диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. За период проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (далее – диспансеризация детей-сирот), из бюджета Федерального фонда было направлено около 4,1 млрд. рублей.

В 2012 году диспансеризацию детей-сирот прошло 309 728 человек (99,6% от плановой численности, ут-

вержденной субъектами Российской Федерации), из них 28 909 – в возрасте 0–4 лет, 280 819 – 5–17 лет.

В 60 субъектах Российской Федерации выполнен план на 100% и более, в том числе: в Чукотском автономном округе (115,8%), г. Москве (103,7%), Алтайском крае (101,8%).

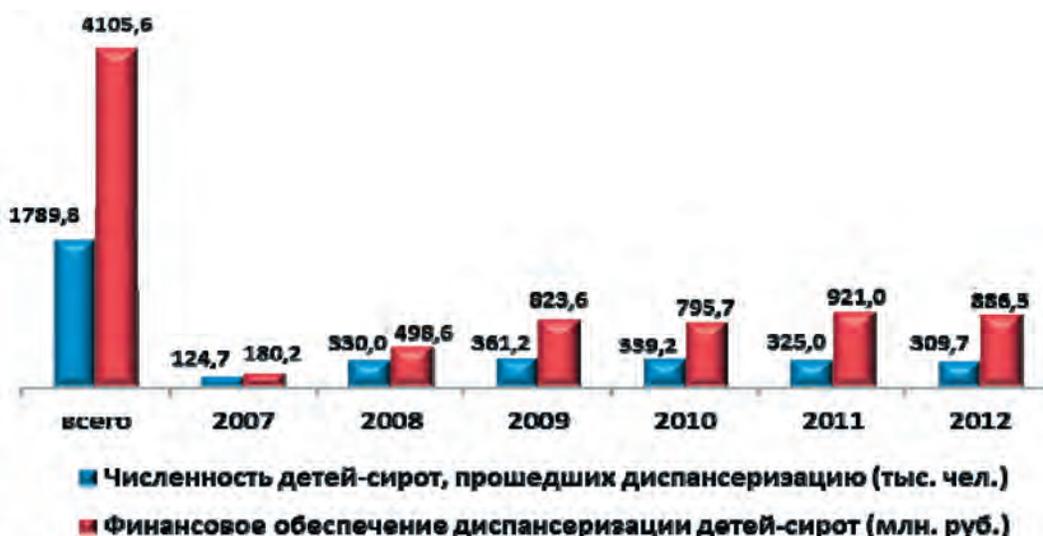
Не достигли целевых значений Камчатский край (89,1%), Челябинская (90,3%) и Тверская области (91,7%).

Финансовое обеспечение расходов Федерального фонда на проведение диспансеризации детей-сирот в 2012 году исполнено в объеме 886 451,2 тыс. рублей, или 97,3% к уточненной росписи.

Окончательные расчеты по проведению диспансеризации детей-сирот за 2012 год были произведены в первом квартале 2013 года в размере 4 594,6 тыс. рублей.

Диаграмма 5

Проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в 2007–2011 годах.



Финансовое обеспечение медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни

В 2012 году в соответствии с Федеральным законом о бюджете на оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребенка в те-

чение первого года жизни в бюджет Фонда социального страхования Российской Федерации было направлено 17 639 490,2 тыс. рублей (92,7% от утвержденного объема средств).

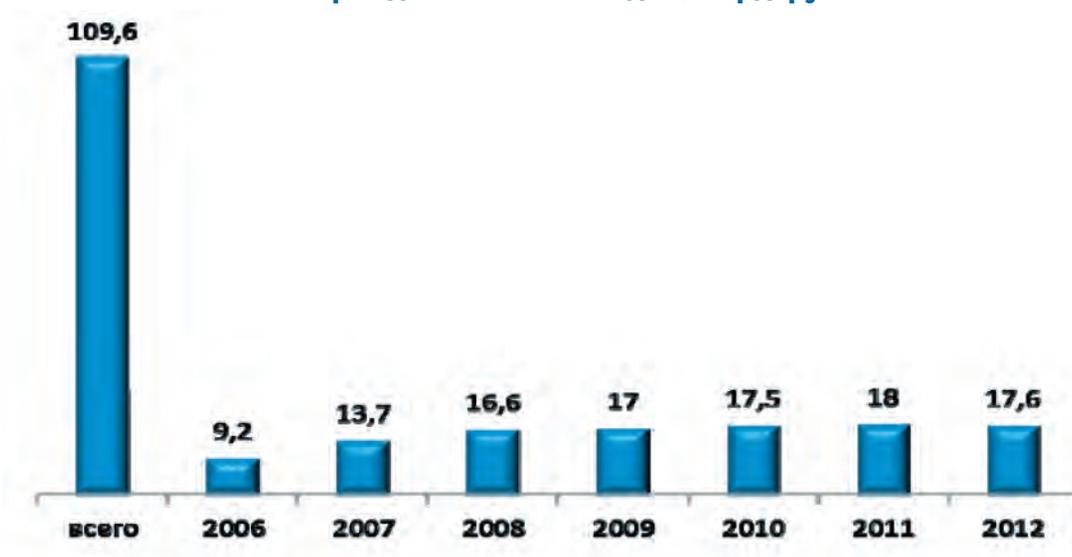
Указанные средства направляются медицинскими учреждениями на оплату труда врачей-специалистов, среднего и младшего медицинского персонала, обеспечение медикаментами женщин в период беременности, на оснащение учреждений здравоохранения медицинским оборудованием, инструментарием, мягким инвен-

тарем и изделиями медицинского назначения, а также на дополнительное питание для беременных женщин и кормящих матерей. Данные меры позволяют укрепить материально-техническую базу женских консультаций и

родильных домов, а также усилить мотивацию медицинских учреждений в улучшении качества оказания медицинских услуг женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде.

Диаграмма 6

Объемы финансовых средств, направленных на оплату родовых сертификатов в период 2006–2012 годов, млрд. руб.



Финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой в центрах здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 19 августа 2009 года № 597н «Об организации центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокра-

щение потребления алкоголя и табака» в 2012 году функционировало 713 центров здоровья для взрослых и детей, что на 2,3% больше в сравнении с уровнем 2011 года (697 центров).

В отчетном периоде общее количество посещений центров здоровья составило 4,56 млн. посещений, что на 13,4% превышает уровень 2011 года (4,02 млн. посещений).

Доля первичных обращений для проведения комплексного обследования составила 76,5%.

Таблица 2

Финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной гражданам в центрах здоровья, в 2009-2012 годах

Наименование показателей	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	Всего 2009-2012 годы	
Направлено средств ОМС на оплату медицинской помощи всего, млн. рублей	6,0	800,9	1 728,7	2 328,2	4 863,8	
В том числе						
на оплату законченных случаев первичных обращений комплексного обследования	млн. рублей	5,3	761,1	1 598,1	2 109,7	4 474,2
	%	88,3	95	92,4	90,6	92
на оплату посещений динамического наблюдения, млн. рублей	млн. рублей	0,7	39,8	130,6	218,5	389,6
	%	11,7	5	7,6	9,4	8

Размер средств обязательного медицинского страхования, направленных на оплату медицинской помощи, оказанной в центрах здоровья, за период с 2009 по 2012 год в целом по Российской Федерации составил 4863,8 млн. рублей, в том числе: на оплату первичных обращений комплексного обследования – 4474,2 млн. рублей (92%), на оплату посещений динамического наблюдения – 389,6 млн. рублей (8%) (таблица 2).

В 2012 году размер средств обязательного медицинского страхования, направленных на оплату медицинской помощи, оказанной в центрах здоровья, в целом по Российской Федерации увеличился по сравнению с 2011

годом на 34,7% и составил 2 328,2 млн. рублей, в том числе 2 109,7 млн. рублей (90,6%) – на оплату первичных обращений, 218,5 млн. рублей (9,4%) – на оплату динамического наблюдения.

В 2012 году фактическая стоимость одного законченного случая комплексного обследования в среднем по Российской Федерации составила 609,6 рублей без учета влияния районного коэффициента. Фактическая стоимость одного посещения динамического наблюдения в среднем по Российской Федерации составила в 2012 году 204,3 рублей без учета влияния районного коэффициента.

2. РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В 2011-2012 ГОДАХ

В соответствии со статьей 50 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в целях повышения качества и доступности медицинской помощи с 2011 года в субъектах Российской Федерации началась реализация мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения на 2011–2012 годы (далее – программы модернизации здравоохранения) и мероприятий по модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь.

Финансовое обеспечение программ модернизации здравоохранения на два года предусмотрено в размере 664,2 млрд. рублей, из них:

- 420,1 млрд. рублей за счет средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования;
- 112,6 млрд. рублей за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации;
- 131,5 млрд. рублей за счет средств бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Финансовое обеспечение программ модернизации здравоохранения на 2011–2012 годы предусмотрено на реализацию целей, установленных Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»:

1) укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения, в том числе обеспечение завершения строительства ранее начатых объектов, теку-

щий и капитальный ремонт, приобретение медицинского оборудования (343,6 млрд. рублей, в том числе субсидий Федерального фонда – 281,0 млрд. рублей);

2) внедрение современных информационных систем в здравоохранение, обеспечивающих переход на единый полис обязательного медицинского страхования, внедрение телемедицинских систем, систем электронного документооборота и ведение медицинских карт пациентов в электронном виде (29,4 млрд. рублей, в том числе субсидий Федерального фонда – 20,2 млрд. рублей);

3) внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами (291,2 млрд. рублей, в том числе субсидий Федерального фонда – 118,9 млрд. рублей).

За два года в рамках программ модернизации здравоохранения обеспечено завершение строительства 71 учреждения здравоохранения; ремонтные работы в полном объеме завершены почти в 3 тыс. учреждений здравоохранения; закуплено и поставлено в медицинские учреждения более 310 тыс. единиц оборудования, включая оборудование для оснащения бортовой аппаратурой ГЛОНАСС – более 22 тыс. единиц, более 100 единиц ангиографического оборудования, более 500 единиц магнитно-резонансных и компьютерных томографов, более 5000 единиц рентгеновского оборудования, более 7000 единиц эндоскопического оборудования, более 5000 УЗИ аппаратов, более 1300 единиц санитарного транспорта. В рамках реализации программ



В.В. ПУТИН: «Когда говорили о приоритете детства, педиатрии, мы же многим регионам предоставили возможность самим решать, сколько направлять на эти цели, сколько на другие, имея в виду, что в некоторых регионах эта тема оказалась более продвинутой, и там нет необходимости соблюдать заданные параметры. Мы ждем не только того, что будут с умом истрочены деньги, выделяемые федеральным центром, но мы ждем и определенной структуризации отрасли, чтобы были ликвидированы избыточные звенья, неэффективно работающие и, наоборот, чтобы качество услуг, которые предоставляются здравоохранением, улучшались, чтобы люди это чувствовали на себе».

26 июля 2012 г., Сочи

модернизации здравоохранения обеспечено функционирование 187 единиц мобильных комплексов для проведения диспансеризации населения, проживающего в отдаленных и труднодоступных районах; организованы межмуниципальные центры по приоритетным профилям заболеваний: кардиологическому, онкологическому, травматологическому, а также межрайонные акушерские диагностические центры.

В рамках мероприятий по информатизации медицинских учреждений закуплено более 279 тыс. единиц компьютерной техники, что позволило организовать запись к врачу в электронном виде почти в 4 тыс. учреждений здравоохранения.

Стандарты медицинской помощи внедрены в 3,5 тыс. учреждениях здравоохранения (99,6% от планового показателя – 3,6 тыс. учреждений здравоохранения).

Средняя номинальная начисленная заработная плата врачей, оказывающих стационарную медицинскую помощь в учреждениях, в которых внедрены стандарты медицинской помощи, по состоянию на 1 января 2013 года составила 32,6 тыс. рублей (без учета влияния районного коэффициента).

Средняя номинальная начисленная заработная плата среднего медицинского персонала, участвующего в оказании стационарной медицинской помощи в учреждениях, в которых внедрены стандарты медицинской помощи, на 1 января 2013 года составила 18,6 тыс. рублей (без учета влияния районного коэффициента).

Финансовое обеспечение мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами, в 2011-2012 годах осуществлено в объеме 71,1 млрд. рублей (24,4% от общего объема финансового обеспечения мероприятий по внедрению стандартов и повышению доступности амбулаторной помощи – 291,2 млрд. рублей). По состоянию на 1 января 2013 года расходы в субъектах Российской Федерации на мероприятия по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи составили 67,3 млрд. рублей (94,6% от планового показателя).

В 2012 году денежные выплаты стимулирующего характера в рамках мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи осуществлены 169,0 тыс. врачам-специалистам при запланированных 168,8 тыс. человек и 277,0 тыс. человек среднего медицинского персонала из запланированных 273,5 тыс. человек во всех субъектах Российской Федерации.

Размер фактически выплаченной стимулирующей выплаты в среднем на одного медицинского работника составил:

- на одного врача-специалиста в среднем по Российской Федерации – 9,0 тыс. рублей при плановом значении данного показателя 9,2 тыс. рублей (без учета влияния районного коэффициента);
- на одного среднего медицинского работника – 4,7 тыс. рублей при плановом размере выплаты 4,8 тыс. рублей (без учета влияния районного коэффициента).

Средняя номинальная начисленная заработная плата врачей-специалистов, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь, по состоянию на 1 января 2013 года составила 28,6 тыс. рублей (без учета влияния районного коэффициента).

Средняя номинальная начисленная заработная плата среднего медицинского персонала, оказывающего амбулаторную медицинскую помощь, в отчетный период составила 17,4 тыс. рублей (без учета влияния районного коэффициента).

В целях обеспечения выполнения перечня поручений Президента Российской Федерации от 6 декабря 2010 года № Пр-3534 по реализации Послания Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации от 30 ноября 2010 года программами модернизации здравоохранения предусмотрено не менее 25% средств, совокупно выделяемых на модернизацию здравоохранения, направить на развитие детской медицины (186,0 млрд. руб., или 28% от совокупной стоимости программ модернизации здравоохранения).

За два года в рамках программ модернизации здравоохранения завершено строительство 33 детских учреждений здравоохранения, ремонтные работы в полном объеме завершены в 1 048 учреждений, закуплено и поставлено в медицинские учреждения более 91 тыс. единиц оборудования для оказания медицинской помощи детям.

В 2011–2012 годах проведена диспансеризация 2 311,3 тыс. 14-летних подростков (98,6% от предусмотренной на 2011–2012 годы численности детей указанного возраста – 2 342,9 тыс. человек).

По состоянию на 1 января 2013 года расходы в субъектах Российской Федерации на совершенствование оказания медицинской помощи детям составили 156,7 млн. рублей, или 84,3% от размера средств, предусмотренных на указанные цели в 2011–2012 годах (диаграмма 7).

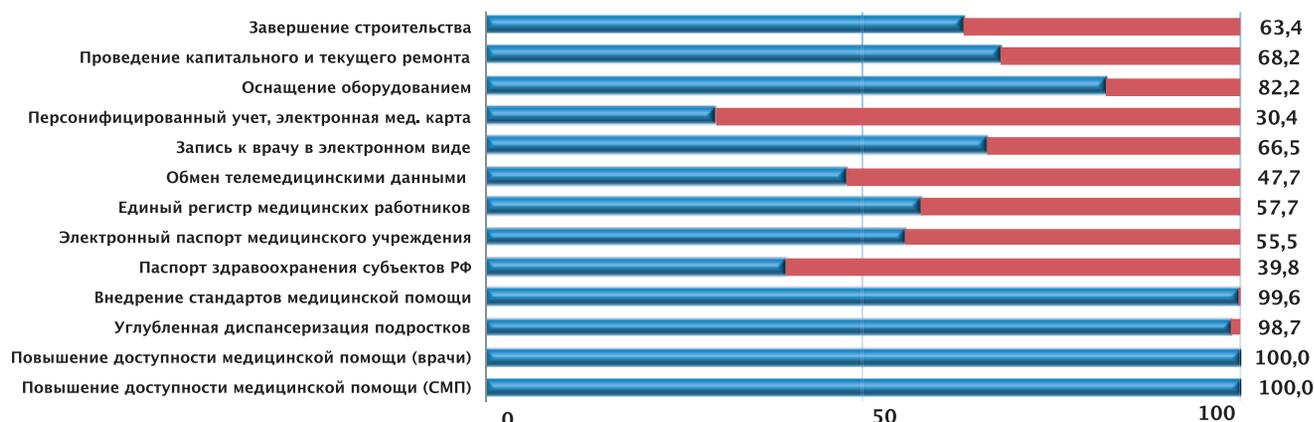
Субсидии на финансовое обеспечение программ модернизации здравоохранения направлены Федеральным фондом в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования в полном объеме в соответствии с графиками их предоставления, установленными Соглашениями о финансовом обеспечении региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации: в 2011 году – 190,4 млрд. рублей, в 2012 году – 229,7 млрд. рублей.

Использование субсидий Федерального фонда обязательного медицинского страхования на реализацию мероприятий программ модернизации здравоохранения в субъектах Российской Федерации в период с марта 2011 года по декабрь 2012 года осуществлены в объеме 359 019,2 млн. рублей, или 85,5% от объема предоставленных субсидий, из них:

- на укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения – 233 455,3 млн. рублей, или 83,1% от размера предоставленных на соответствующие мероприятия субсидий;

Диаграмма 7

Реализация мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в 2011–2012 годах (% от запланированного объема)



- на внедрение современных информационных систем в здравоохранение – 14 795,4 млн. рублей, или 73,1% от размера предоставленных на соответствующие мероприятия субсидий;

- на внедрение стандартов медицинской помощи – 110 768,5 млн. рублей, или 93,2% от размера предоставленных на соответствующие мероприятия субсидий.

Наряду с реализацией региональных программ модернизации здравоохранения в 2012 году осуществлялись мероприятия по укреплению материально-технической базы федеральных учреждений здравоохранения и внедрению в них современных информационных систем.

Размер предоставленных из бюджета Федерального фонда в федеральный бюджет средств на финансовое обеспечение мероприятий по модернизации государственных учреждений здравоохранения составил 29 821,7 млн. рублей (из них 4 894,0 млн. рублей направлено Министерству здравоохранения Российской Федерации на создание Федерального центра обработки данных), в том числе учреждениям, подведомственным Министерству здравоохранения Российской Федерации – 9 897,4 млн. рублей, Российской академии медицинских наук – 3 872,7 млн. рублей и Федеральному медико-биологическому агентству – 11 157,6 млн. рублей.

Государственными учреждениями, оказывающими медицинскую помощь, полномочия собственника которых осуществляют Министерство здравоохранения Российской Федерации, Федеральное медико-биологическое агентство и Российская академия медицинских

наук, использовано 23 610,6 млн. рублей средств бюджета Федерального фонда, в том числе на:

1) укрепление материально-технической базы – 22 409,7 млн. рублей, (94,6% от размера предоставленных средств), в том числе государственными учреждениями, подведомственными:

- Министерству здравоохранения Российской Федерации – 9 475,1 млн. рублей (100% от размера предоставленных средств),
- Российской академии медицинских наук – 3 576,8 млн. рублей (96,2% от размера предоставленных средств),
- Федеральному медико-биологическому агентству – 9 357,8 млн. рублей (89,3% от размера предоставленных средств);

2) на внедрение современных информационных систем в здравоохранение – 1 200,9 млн. рублей (96,2% от размера предоставленных средств), в том числе государственными учреждениями, подведомственным:

- Министерству здравоохранения Российской Федерации – 422,2 млн. рублей (100% от размера предоставленных средств),
- Российской академии медицинских наук – 146,9 млн. рублей (95,5% от размера предоставленных средств),
- Федеральному медико-биологическому агентству – 631,8 млн. рублей (93,9% от размера предоставленных средств).

В 2012 году в рамках реализации мероприятий по модернизации государственных учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь, приобретено 20 421 единиц медицинского оборудования (99,9% от планового показателя – 20 448 единиц). Закуплено

17 957 единиц компьютерной техники (104,3% от планового показателя – 17 220 единиц). Организовано 22 246 портов ЛВ-сетей (94,4% от планового показателя – 23 570 портов).

Задачи на 2013 год

В соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ (в редакции от 11 февраля 2013 года № 5-ФЗ) реализация программ и мероприятий по модернизации здравоохранения продолжена в 2013 году по следующим направлениям:

1) укрепление материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, в том числе строительство, реконструкция объектов капитального строительства и (или) их этапы, обеспечение завершения строительства ранее начатых объектов, капитальный ремонт и приобретение медицинского оборудования;

2) внедрение 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, внедрение телемедицинских систем, систем электронного документооборота и ведение медицинских карт пациентов в электронном виде.

В соответствии с Федеральным законом от 3 декабря 2012 года № 217-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» на эти цели в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования предусмотрено до 52 млрд. рублей.

3. ОРГАНИЗАЦИЯ ЗАЩИТЫ ПРАВ И ЗАКОННЫХ ИНТЕРЕСОВ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В 2012 году в целях реализации положений Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» Федеральным фондом обязательного медицинского страхования подготовлены и направлены в территориальные фонды обязательного медицинского страхования методические рекомендации, имеющие разъяснительный характер:

- «Разъяснения по порядку заполнения формы отчетности № ПГ «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования»;
- «О возмещении страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи»;
- «О возмещении расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью»;
- «Скорая медицинская помощь в системе ОМС. Этап становления, перспективы развития».

В течение 2012 года в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования поступило 815 письменных обращений граждан, из них обоснованных 85,5%, из 72 субъектов Российской Федерации. Кроме того, было рассмотрено 177 устных обращений застрахованных лиц, по которым даны разъяснения на поставленные вопросы. Тематика обращений представлена по следующим вопросам:

- обеспечение полисом обязательного медицинского страхования единого образца;
- выбор страховой медицинской организации, а также медицинской организации и врача;
- организация медицинской помощи гражданам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации;
- оказание медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации.

3.1. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕЖРЕГИОНАЛЬНОГО КООРДИНАЦИОННОГО СОВЕТА ПО ОРГАНИЗАЦИИ ЗАЩИТЫ ПРАВ ГРАЖДАН В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

23 мая 2012 года Федеральным фондом проведены Всероссийское совещание по вопросам организации защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования и Межрегиональный координационный совет по организации защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования, на которых рассмотрены вопросы, касающиеся:

анализа деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организаций по защите прав застрахованных лиц и контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по программам обязательного медицинского страхования за 2011 год;

мониторинга деятельности страховых медицинских организаций;

внедрения способов оплаты медицинской помощи, ориентированных на результат деятельности медицинских организаций;

использования территориальных реестров экспертов качества медицинской помощи, формируемых в различных субъектах Российской Федерации;

деятельности согласительных органов (комиссии, рабочие группы) при организации и проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, действующих в субъектах Российской Федерации;

деятельности Координационных советов по организации защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования Центрального федерального округа.

По результатам рассмотрения указанных мероприятий Федеральным фондом обязательного медицинского страхования подготовлено и направлено в территориальные фонды обязательного медицинского страхования Информационное письмо от 24 декабря 2012 года № 9939/30-и «О порядке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи».

Материалы совещания также были использованы при подготовке рекомендаций Минздрава России и Федерального фонда «Способы оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп болезней (КСГ)».

Задачи на 2013 год

В 2013 году продолжена деятельность по защите прав и законных интересов лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию.

Принятие Методических рекомендаций об обеспечении информированности застрахованных лиц о правах при получении медицинской помощи по программам обязательного медицинского страхования и о порядке рассмотрения обращений граждан территориальными фондами обязательного медицинского страхования.

Проведение Всероссийского совещания по вопросам организации системы защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования и Межрегионального координационного совета по организации защиты прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере обязательного медицинского страхования.

4. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫХ И ИНЫХ НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ АКТОВ ПО ВОПРОСАМ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Основным направлением работы Федерального фонда обязательного медицинского страхования по осуществлению правовой деятельности в 2012 году являлось обеспечение выполнения на территории России Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», а также совершенствование нормативно-правового регулирования обязательного медицинского страхования.

В целях реализации указанного направления Федеральным фондом обязательного медицинского страхования:

1) принято участие в подготовке проектов федеральных законов:

- «О государственных социальных страховых фондах»;
- «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных законодательных актов (положений законодательных актов) Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «О государственных социальных страховых фондах»;

2) подготовлены проекты федеральных законов:

- «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в целях устранения ограничений для предоставления государственных и муниципальных услуг по принципу «одного окна» (принят 28 июля 2012 года № 133-ФЗ);
- «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2011 год» (принят 2 октября 2012 года № 154-ФЗ);
- «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (принят 1 декабря 2012 года № 213-ФЗ);
- «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» (принят 3 декабря 2012 года № 217-ФЗ);

3) принято участие в подготовке проекта постановления Правительства Российской Федерации «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014-2015 годов» (принято 22 октября 2012 года № 1074);

4) подготовлены проекты постановлений Правительства Российской Федерации:

- «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» (принято 5 мая 2012 года № 462);
- «О порядке предоставления в 2012 году федеральному бюджету межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на реализацию мероприятий по внедрению современных информационных систем в здравоохранение» (принято 2 мая 2012 года №415);

5) подготовлены проекты распоряжений Правительства Российской Федерации, в том числе:

- о внесении изменений в распоряжение Правительства Российской Федерации от 27.12.2010 года № 2396-р (принято 19 апреля 2012 года № 581-р);
- об утверждении распределения субсидий, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в целях стимулирования субъектов Российской Федерации, обеспечивающих лучшие показатели реализации этих программ по итогам 2011 года (принято 4 мая 2012 года № 711-р);
- об утверждении распределения субсидий, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в целях стимулирования субъектов Российской Федерации, обеспечивших лучшие показатели реализации этих программ по итогам первого полугодия 2012 года (принято 22 октября 2012 года № 1969-р);
- о внесении изменений в распределение субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения

субъектов Российской Федерации в 2011-2012 годах (принято 10 ноября 2012 года № 2076-р);

б) подготовлены проекты приказов Минздрава России, в том числе:

- «Об утверждении критериев увеличения размера субсидий, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, связанных с реализацией региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, в целях стимулирования субъектов Российской Федерации, обеспечивающих лучшие показатели реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации по итогам 2011 года» (принят 20 апреля 2012 года № 389н);
- «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 декабря 2010 года № 1240н «Об утверждении порядка и формы предоставления отчетности о реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и программ модернизации федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь» (принят 24 апреля 2012 года № 396н);
- «Об утверждении критерия увеличения размера субсидий, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского

страхования на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, в целях стимулирования субъектов Российской Федерации, обеспечивших лучшие показатели реализации этих программ по итогам первой половины 2012 года» (принят 14 сентября 2012 года № 185н);

7) издано 295 приказов и 20 распоряжений по основной деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования, из которых 17 представлены на государственную регистрацию в Минюсте России, в том числе:

- «Об утверждении формы ведомственного статистического наблюдения № СВ-ОМС» (от 31 января 2012 года № 17);
- «О контроле за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования» (от 16 апреля 2012 года № 73);
- «Об утверждении формы № КР-ТФОМС «Отчет о контрольно-ревизионной работе территориального фонда обязательного медицинского страхования» (от 12 мая 2012 года № 105);
- «Об осуществлении Федеральным фондом обязательного медицинского страхования бюджетных полномочий главного администратора и администратора доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования» (от 28 декабря 2012 года № 276).

Задачи на 2013 год

В 2013 году в рамках деятельности по совершенствованию законодательных и иных нормативных правовых актов по вопросам обязательного медицинского страхования осуществляется участие Федерального фонда обязательного медицинского страхования в подготовке проектов федеральных законов, нормативных правовых актов Правительства Российской Федерации, Минздрава России и Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

5. КОНТРОЛЬ ЗА СОБЛЮДЕНИЕМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СРЕДСТВ

В 2012 году Федеральным фондом обязательного медицинского страхования проведено 167 проверок в 83 субъектах Российской Федерации по вопросам, касающимся:

- реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения;
- соблюдения законодательства об обязательном медицинском страховании и установленного порядка использования средств бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования в 2011-2012 годах;
- проверок осуществления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в возрасте до 35 лет;
- полноты устранения нарушений и недостатков, выявленных в ходе проведенных Федеральным фондом обязательного медицинского страхования в 2010 и 2011 году проверок;
- обоснованности жалоб и обращений граждан о нарушениях законодательства об обязательном медицинском страховании.

Федеральным фондом осуществляется постоянный контроль за реализацией мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения и использованием средств в каждом субъекте Российской Федерации.

Так, по состоянию на 1 марта 2013 года Федеральным фондом осуществлено 175 проверок, по их итогам общая сумма выявленного нецелевого использования средств составила 16,3 млн. рублей, из которых 13,5 млн. рублей восстановлено в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования в установленном порядке. Кроме того, информация по фактам несоблюдения законодательства в сфере обязательного медицинского страхования направлена Федеральным фондом

в правоохранительные и надзорные органы.

Проверки показали, что в 2012 году субсидии на финансовое обеспечение региональных программ модернизации, предоставленные Федеральным фондом, поступили в субъекты Российской Федерации своевременно и в полном объеме.

Типичными недостатками реализации в субъектах Российской Федерации мероприятий программ модернизации здравоохранения являлись:

- несоблюдение сроков реализации части мероприятий программ, установленных сетевыми графиками субъектов Российской Федерации;
- несоответствие части приобретаемого медицинского оборудования перечням, утвержденным программами;
- несоответствие данных, предоставляемых субъектами Российской Федерации в отчетах о реализации мероприятий программ о расходовании средств на их финансовое обеспечение.

Справки и письма по результатам выявленных нарушений направлены высшим исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации. По 15 фактам несоблюдения законодательства в сфере обязательного медицинского страхования информация направлена в правоохранительные и надзорные органы.

По результатам проверок региональных программ модернизации выявлено нецелевое использование субсидий Федерального фонда в сумме 16 323,8 тыс. рублей в 18 субъектах Российской Федерации. В ходе мероприятий по устранению выявленных нарушений восстановлено 13 493,6 тыс. рублей, или 82,7%.

Кроме того, в 2012 году проведено 10 комплексных проверок территориальных фондов обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации в части соблюдения законодательства об обязательном

медицинском страховании и использования средств обязательного медицинского страхования на территории субъектов Российской Федерации, в том числе 1 контрольная проверка.

В соответствии с частью 12.5 статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязатель-

ном медицинском страховании в Российской Федерации» проведено 20 проверок осуществления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в возрасте до 35 лет, а также 4 проверки по обращениям граждан, поступившим в адрес Федерального фонда.

Задачи на 2013 год

В 2013 году осуществляется реализация Плана проверок соблюдения законодательства об обязательном медицинском страховании и использования средств обязательного медицинского страхования на 2013 год, предусматривающего осуществление контрольных мероприятий в субъектах Российской Федерации по вопросам:

- соблюдения законодательства об обязательном медицинском страховании и использования средств обязательного медицинского страхования;
- реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и использования средств;
- осуществления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам;
- осуществления контроля за мероприятиями в рамках реализации Указов Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» и от 7 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» в части вопросов, относящихся к сфере обязательного медицинского страхования.

6. ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В 2012 году подготовка работников территориальных фондов обязательного медицинского страхования проводилась в соответствии с Планом деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования и Планом повышения квалификации специалистов территориальных фондов обязательного медицинского страхования на 2012 год. Обучение специалистов осуществляли 13 образовательных учреждений, имеющих государственную лицензию и аккредитацию и победивших в открытом конкурсе.

Было организовано 55 учебных мероприятий, на которых повысили квалификацию 1 417 человек. При этом

уделялось внимание повышению квалификации руководящих кадров. В 2012 году прошли переподготовку 73 руководителя территориальных фондов обязательного медицинского страхования и их филиалов, а также 156 руководителей органов и учреждений здравоохранения, профессорско-преподавательского состава профильных кафедр медицинских вузов, 41 специалист страховых медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования.

Таблица 5

Сведения о повышении квалификации специалистов в сфере обязательного медицинского страхования в 2012 году

№ п/п	Категории специалистов	Численность специалистов, всего
1.	Директора территориальных фондов ОМС и их заместители, директора филиалов и их заместители	73
2.	Руководители органов и учреждений здравоохранения и их заместители, профессорско-преподавательский состав профильных кафедр медицинских вузов	156
	<i>В том числе: эксперты качества медицинской помощи медицинских организаций</i>	22
3.	Специалисты отделов по организации обязательного медицинского страхования, территориальных фондов	235
	<i>В том числе: специалисты-эксперты по экспертизе качества медицинской помощи территориальных фондов ОМС</i>	178
4.	Главные бухгалтеры, специалисты по бухгалтерскому учету и отчетности	84
5.	Специалисты экономических служб	339
6.	Специалисты контрольно-ревизионных отделов	153
7.	Юристы территориальных фондов	52
8.	Работники отделов кадров и делопроизводства	24
9.	Специалисты информационных служб	260
10.	Руководители, заместители и специалисты страховых медицинских организаций	41
	<i>В том числе: врачи-эксперты</i>	24
Итого:		1417

Задачи на 2013 год

В 2013 году в рамках Плана повышения квалификации специалистов территориальных фондов обязательного медицинского страхования на 2013 год предусматривается организация 42 учебных мероприятий для повышения квалификации 1155 специалистов территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

7. ОРГАНИЗАЦИЯ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ РАБОТ

Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 20 декабря 2011 года № 239 (в ред. приказа ФОМС от 11 марта 2012 года № 48) утвержден План научно-исследовательских работ на 2012 год, в который включены восемь научных тем.

Тематика научных исследований одобрена Методическим советом по координации и экспертной поддержке организации научно-исследовательских работ и подготовке специалистов для системы обязательного медицинского страхования и рекомендована для включения в План выполнения научно-исследовательских работ на 2012 год.

Научно-исследовательская деятельность Федерального фонда в 2012 году осуществлялась по следующим направлениям:

I. Научное обоснование и разработка перспективных направлений развития обязательного медицинского страхования в Российской Федерации:

1) «Подготовка предложений по актуализации научно-практического комментария к Федеральному закону от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в связи с внесением изменений в законодательство Российской Федерации».

В рамках научно-исследовательской работы подготовлен актуализированный научно-практический постатейный комментарий Федерального закона об обязательном медицинском страховании с учетом изменения законодательства и принятия нормативных правовых актов в 2011–2012 годах для разъяснения содержания правовых норм, регламентирующих деятельность системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации, выявления совокупности правовых последствий изменения законодательного регулирования в сфере обязательного медицинского страхования.

2) «Решение задач системы обязательного медицинского страхования с использованием универсальной электронной карты и других электронных средств идентификации».

В рамках научно-исследовательской работы разработан набор описаний моделей взаимодействия информационных систем и баз данных Федерального фонда обязательного медицинского страхования и участников системы обязательного медицинского страхования для организации электронных услуг застрахованным лицам с использованием УЭК и других электронных средств идентификации в условиях реализации законодательства об обязательном медицинском страховании и государственной политики в области создания и развития информационного общества.

II. Разработка и совершенствование правовых, организационных, финансово-экономических механизмов управления обязательным медицинским страхованием:

1) «Методические подходы к распределению объемов медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования и контролю за их выполнением».

В рамках научно-исследовательской работы разработаны научно обоснованные методологические подходы к распределению объемов медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями в зависимости от потребности застрахованных лиц в определенных видах и объемах медицинской помощи и с учетом их права выбора медицинской организации и врача. Разработан проект Методических рекомендаций по распределению объемов медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями и контролю за их выполнением.

2) «Разработка методики вознаграждения медицинских организаций за счет средств нормированного страхового запаса территориальных фондов обязательного медицинского страхования как фактора, обеспечивающего повышение уровня качества и доступности медицинской помощи».

В рамках научно-исследовательской работы разработаны единые подходы к определению наиболее эффективных механизмов вознаграждения медицинских организаций с целью повышения уровня качества и доступности медицинской помощи, подготовлены предложения механизмов внедрения вознаграждения медицинских организаций за счет средств нормированного страхового запаса территориальных фондов обязательного медицинского страхования как фактора, обеспечивающего повышение уровня качества и доступности медицинской помощи, в т.ч. разработаны рекомендации: по нормативно-правовому оформлению внедрения вознаграждения медицинских организаций за счет средств нормированного страхового запаса территориальных фондов обязательного медицинского страхования; по формированию системы показателей оценки деятельности медицинских организаций в субъектах Российской Федерации с учетом региональных особенностей; по оценке показателей деятельности медицинских организаций.

3) «Определение методики включения в тариф на оплату медицинской помощи расходов на содержание медицинской организации, а также затрат на приобретение оборудования».

В рамках научно-исследовательской работы разработан проект Методических рекомендаций по включению в тариф на оплату медицинской помощи затрат, необходимых для деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемым в процессе оказания медицинской помощи, а также затрат на приобретение оборудования.

4) «Разработка системы стимулирующих показателей организации деятельности системы обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации».

В рамках научно-исследовательской работы разработан проект Методических рекомендаций по формированию системы стимулирующих показателей организации деятельности системы обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации, включающих предложения по приоритетным направлениям развития системы обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации, подлежащим стимулированию; предложения по нормативно-правовому и организационному оформлению системы стимулирующих показателей организации деятельности системы обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации.

5) «Разработка методических рекомендаций по повышению эффективности реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования».

В рамках научно-исследовательской работы разработан проект Методических рекомендаций по повышению эффективности реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования, включающий

методику мониторинга и оценки эффективности реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования на основе системы показателей, наиболее релевантных для оценки эффективности реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования.

б) «Разработка методики классификации законченных случаев лечения при оказании стационарной медицинской помощи на основе стандартов медицинской помощи в зависимости от объема выполненных услуг».

В рамках научно-исследовательской работы разработан методика классификации законченных случаев лечения при оказании стационарной медицинской помощи на основе стандартов медицинской помощи в зависимости от объемов выполненных услуг.

В проведении научных исследований принимали участие коллективы:

Федерального государственного научно-исследовательского учреждения «Институт законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве Российской Федерации»; Федерального государственного учреждения «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздравсоцразвития России»; Фонда «Институт экономической политики имени Е.Т. Гайдара»; Некоммерческого партнерства «Медицинский информационно-аналитический центр РАМН»; Санкт-Петербургской общественной организации работников здравоохранения и социальной сферы «Здоровое общество»; Некоммерческого партнерства «Центр инноваций и высоких технологий «КОНЦЕПТ».

Задачи на 2013 год

Научно-исследовательская деятельность Федерального фонда в 2013 году осуществляется в соответствии с Планом научно-исследовательских работ на 2013 год.

8. МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

В соответствии с Планом международного сотрудничества Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2012 году было проведено 2 учебных семинара.

Согласно Плану международного сотрудничества на 2012 год обучение за рубежом прошли 34 специалиста Федерального фонда и территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 23 ноября 2011 года № 2106-р «О восстановлении с 2012 года членства Федерального фонда обязательного медицинского страхования в Международной ассоциации социального обеспечения» в рамках организации международного сотрудничества восстановлено членство Федерального фонда в Международной ассоциации социального обеспечения.



Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко и Генеральный секретарь Международной ассоциации социального обеспечения (МАСО) Ханс-Хорст Конколеwski на встрече в ФОМС (17 октября 2012 г., Москва)

Задачи на 2013 год

В 2013 году в рамках международного сотрудничества осуществляется реализация Плана международного сотрудничества в сфере обязательного медицинского страхования и повышения квалификации кадров за пределами территории Российской Федерации. Проведение двух мероприятий по повышению квалификации кадров Федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, а также участие в мероприятиях, проводимых Международной ассоциацией социального обеспечения.

9. ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ЗАЩИТА ИНФОРМАЦИИ

Информатизация в сфере обязательного медицинского страхования в 2012 году осуществлялась в соответствии с Концепцией информатизации системы обязательного медицинского страхования на период 2011–2015 годов и Планом деятельности работы Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2012 год.

Основными направлениями деятельности Федерального фонда по информатизации являлись:

- построение единого информационного пространства системы обязательного медицинского страхования, интегрированного в единое информационное пространство системы здравоохранения в целом;
- нормативно-методологическое обеспечение вопросов информатизации системы обязательного медицинского страхования;
- создание и развитие прикладных информационных систем в сфере обязательного медицинского страхования;
- обеспечение информационной безопасности и защиты информации.

В рамках указанных направлений в 2012 году выполнялись следующие работы:

- совершенствование нормативно-правовой базы в части определения общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования;
- организация межведомственного взаимодействия в целях выдачи застрахованным лицам полиса обязательного медицинского страхования в форме универсальной электронной карты;
- обеспечение информационного взаимодействия системы документооборота Федерального фонда обязательного медицинского страхования с Единым порталом государственных услуг в рамках предоставления государственной услуги «Рассмотрение обращений граждан Российской Федерации»;
- сопровождение и развитие информационной системы по ведению Единого регистра застрахованных лиц;
- информационно-техническое сопровождение и модернизация ведения в системе ОМС единых реестров медицинских организаций, страховых медицинских организаций, экспертов качества медицинской помощи, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;
- техническая поддержка и модернизация типового программного комплекса для территориальных

фондов обязательного медицинского страхования по учету поступлений страховых взносов, обеспечивающего информационное взаимодействие с отделениями Пенсионного фонда Российской Федерации и отделениями Федерального казначейства;

- техническая поддержка унифицированной системы сбора отчетности;
- техническая поддержка и модернизация инфраструктуры системы обязательного медицинского страхования, обеспечивающей обработку и обмен данными между участниками информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации;
- техническая поддержка информационно-вычислительной инфраструктуры Федерального фонда для обеспечения бесперебойного функционирования используемых в деятельности Фонда информационных систем.

В направлении информационной безопасности в 2012 году осуществлялись:

- совершенствование нормативно-методического обеспечения системы обязательного медицинского страхования по вопросам организации информационной безопасности в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации;
- разработка и реализация комплексной системы мероприятий по технической защите конфиденциальной информации с учетом рекомендаций комиссии ФСТЭК России и комиссии ФСБ России, выявление возможных каналов утечки информации и потенциальных злоумышленников, проведение мероприятий по их нейтрализации, организация проверок состояния защиты информации ограниченного доступа с использованием технических и аппаратно-программных средств контроля;
- разработка проектов типовых регламентов информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования с использованием электронной подписи в целях организации защищенного электронного документооборота между Федеральным фондом и участниками обязательного медицинского страхования;
- осуществление конфиденциального делопроизводства;
- техническая поддержка Удостоверяющего центра Федерального фонда, присоединенного к единой системе Удостоверяющих центров в области электронной цифровой подписи;

- подготовка проекта Соглашения об информационном взаимодействии между Федеральным фондом и Министерством внутренних дел Российской Федерации в рамках организации межведомственного информационного взаимодействия (подписано 28 марта 2013 года).

С целью координации и контроля функционирования информационных систем и порядка информационного

взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования Федеральным фондом обязательного медицинского страхования в октябре 2012 года было проведено совещание с руководителями информационных подразделений территориальных фондов обязательного медицинского страхования по вопросам информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования.

Задачи 2013 года

- поддержка и развитие единой информационно-телекоммуникационной инфраструктуры системы обязательного медицинского страхования;
- развитие информационной системы ведения единого регистра застрахованных и информационной системы межтерриториальных расчетов;
- техническая поддержка и модернизация типовых программных комплексов для целей обеспечения функционирования системы обязательного медицинского страхования;
- развитие единой интегрированной системы сбора и обработки информации;
- информационно-техническое сопровождение и модернизация информационной системы ведения реестров в сфере обязательного медицинского страхования.

В целях обеспечения информационной безопасности деятельности Федерального фонда в 2013 году предусмотрено:

- осуществление поддержки комплексной системы обеспечения информационной безопасности;
- обеспечение деятельности Удостоверяющего центра электронной цифровой подписи Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

10. ИНФОРМАЦИОННО-ПУБЛИЦИСТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

В 2012 году осуществлялась работа по проведению в средствах массовой информации разъяснительной работы о деятельности Федерального фонда и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, субъектов по реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования, по организации публикаций в федеральных средствах массовой печати, радио и телекоммуникаций по следующим направлениям:

1) регулярное информационное наполнение и сопровождение официального сайта Федерального фонда;

2) организация обсуждения с экспертным сообществом основных событий, мероприятий, связанных с деятельностью системы обязательного медицинского страхования;

3) организация взаимодействия с журналистами ведущих федеральных средств массовой информации; размещение публикаций в СМИ, информационных сюжетов на федеральных телеканалах разъяснительного характера;

4) обеспечение размещения в федеральных средствах массовой информации социальной рекламы о правах граждан в системе обязательного медицинского страхования;

5) производство видеороликов социальной рекламы, информирующих о правах граждан в системе обязательного медицинского страхования;

6) обеспечение размещения публикаций в «Медицинской газете», освещающих вопросы функционирования системы обязательного медицинского страхования для медицинских работников;

7) организация выпуска журнала «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации», включенного с 2013 года в Перечень российских рецензионных научных журналов, в которых публикуются основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата наук.



Задачи на 2013 год

Проведение в средствах массовой информации разъяснительной работы о деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, субъектов обязательного медицинского страхования по реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования. Осуществляется размещение публикаций, информационных материалов и сюжетов в федеральных средствах массовой печати, радио и телекоммуникаций, на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

11. ПРИЛОЖЕНИЯ

Таблица 1

ПОСТУПЛЕНИЕ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ НА ОМС РАБОТАЮЩЕГО И НЕРАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ В БЮДЖЕТ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В 2012 ГОДУ

Субъект Российской Федерации	Страховые взносы на ОМС работающего населения, тыс. рублей			Страховые взносы на ОМС неработающего населения с учетом поступлений от ТФОМС за расчетные периоды, истекшие до 1 января 2012 года, тыс. рублей		
	Факт 2011 года	Факт 2012 года	Темп роста, %	Факт 2011 года	Факт 2012 года	Темп роста, %
1	2	3	4	5	6	7
Российская Федерация	547 376 174,1	615 134 281,3	112,4	276 609 119,6	298 857 341,4	108,0
Центральный ФО	187 912 527,4	213 958 308,5	113,9	64 840 701,9	71 161 711,1	109,7
Белгородская область	4 613 574,7	5 083 585,9	110,2	2 656 327,0	2 820 045,0	106,2
Брянская область	2 402 598,0	2 715 930,5	113,0	1 532 344,8	1 767 508,8	115,3
Владимирская область	3 959 744,2	4 247 789,8	107,3	2 957 694,5	2 415 835,3	81,7
Воронежская область	6 365 587,8	7 207 566,5	113,2	2 807 651,0	3 948 961,4	140,7
Ивановская область	2 061 945,4	2 170 115,5	105,2	1 110 956,7	1 330 123,5	119,7
Калужская область	3 520 827,7	4 011 068,2	113,9	1 802 820,5	1 672 911,1	92,8
Костромская область	1 611 911,5	1 766 005,5	109,6	707 221,9	839 495,2	118,7
Курская область	2 732 537,1	3 026 711,0	110,8	1 171 830,0	1 472 968,0	125,7
Липецкая область	3 357 389,1	3 687 639,2	109,8	2 876 800,3	2 573 020,3	89,4
Московская область	31 001 266,8	34 875 945,8	112,5	16 676 131,0	18 178 568,7	109,0
Орловская область	1 866 565,8	2 053 680,3	110,0	847 673,0	1 391 216,4	164,1
Рязанская область	3 098 141,8	3 381 985,5	109,2	2 225 818,5	2 645 019,8	118,8
Смоленская область	2 662 060,3	2 926 889,2	109,9	1 384 128,6	1 683 451,0	121,6
Тамбовская область	1 998 237,2	2 191 240,1	109,7	1 530 055,2	1 828 400,4	119,5
Тверская область	3 951 257,6	4 305 295,3	109,0	2 453 855,5	2 507 902,5	102,2
Тульская область	4 127 491,2	4 635 590,9	112,3	3 221 637,1	3 431 043,5	106,5
Ярославская область	4 739 611,3	5 703 587,2	120,3	2 544 492,0	2 506 173,3	98,5
г. Москва	103 841 780,1	119 967 682,2	115,5	16 333 264,2	18 149 066,9	111,1
Северо-Западный ФО	66 786 167,5	73 696 709,1	110,3	37 311 999,3	33 037 736,9	88,5
Республика Карелия	2 406 804,2	2 522 622,7	104,8	1 496 000,0	1 680 069,3	112,3
Республика Коми	4 579 279,4	4 896 208,6	106,9	3 231 562,0	3 705 570,2	114,7
Архангельская область	4 710 261,8	4 982 837,5	105,8	2 189 096,9	2 543 701,3	116,2
Вологодская область	4 589 926,2	4 834 148,0	105,3	2 793 213,0	2 962 349,9	106,1
Калининградская область	3 095 702,6	3 243 919,0	104,8	4 125 883,2	2 006 596,2	48,6
Ленинградская область	5 328 995,7	6 024 748,2	113,1	5 271 035,8	3 617 754,2	68,6
Мурманская область	4 556 999,0	4 858 051,6	106,6	2 887 330,0	2 880 820,2	99,8
Новгородская область	2 093 366,7	2 264 031,8	108,2	873 026,1	1 025 919,2	117,5
Псковская область	1 716 822,6	1 816 967,1	105,8	1 030 988,0	1 208 113,0	117,2
г. Санкт-Петербург	33 302 950,7	37 795 327,5	113,5	13 192 467,0	11 139 521,7	84,4
Ненецкий АО	405 058,7	457 847,0	113,0	221 397,3	267 321,7	120,7
Южный ФО	36 604 114,4	41 176 476,8	112,5	23 462 024,5	24 258 843,2	103,4
Республика Адыгея	733 325,9	775 358,1	105,7	822 402,0	842 402,0	102,4
Республика Калмыкия	437 341,6	476 683,2	109,0	364 101,8	492 710,3	135,3
Краснодарский край	15 245 764,4	17 788 603,7	116,7	9 428 053,1	9 016 189,4	95,6

Продолжение таблицы 1

Субъект Российской Федерации	Страховые взносы на ОМС работающего населения, тыс. рублей			Страховые взносы на ОМС неработающего населения с учетом поступлений от ТФОМС за расчетные периоды, истекшие до 1 января 2012 года, тыс. рублей		
	Факт 2011 года	Факт 2012 года	Темп роста, %	Факт 2011 года	Факт 2012 года	Темп роста, %
1	2	3	4	5	6	7
Астраханская область	2 324 645,7	2 548 022,0	109,6	1 114 467,7	1 359 179,6	122,0
Волгоградская область	6 240 497,2	6 799 969,1	109,0	4 379 860,0	4 644 246,1	106,0
Ростовская область	11 622 539,7	12 787 840,6	110,0	7 353 139,9	7 904 115,9	107,5
Северо-Кавказский ФО	11 158 341,5	12 381 510,1	111,0	13 382 551,7	15 315 032,5	114,4
Республика Дагестан	2 113 901,5	2 294 164,5	108,5	2 143 775,0	3 547 896,4	165,5
Республика Ингушетия	308 296,1	344 248,0	111,7	344 296,2	400 252,3	116,3
Кабардино-Балкарская Республика	929 816,3	1 024 664,7	110,2	1 189 338,3	1 390 663,3	116,9
Карачаево-Черкесская Республика	593 416,7	659 983,9	111,2	1 160 947,1	1 110 615,0	95,7
Республика Северная Осетия – Алания	901 520,8	990 183,6	109,8	949 200,0	1 099 671,0	115,9
Чеченская республика	1 001 240,5	1 209 024,5	120,8	2 591 583,5	2 838 910,3	109,5
Ставропольский край	5 310 149,6	5 859 240,8	110,3	5 003 411,6	4 927 024,2	98,5
Приволжский ФО	88 382 855,6	98 904 587,1	111,9	57 280 140,4	60 918 871,6	106,4
Республика Башкортостан	10 766 606,6	12 126 585,3	112,6	8 502 702,7	9 297 503,4	109,3
Республика Марий Эл	1 537 772,4	1 683 651,8	109,5	591 301,0	751 200,0	127,0
Республика Мордовия	1 862 243,6	2 055 925,3	110,4	1 672 344,6	1 501 300,0	89,8
Республика Татарстан	12 538 151,4	14 156 031,3	112,9	4 104 785,5	5 686 542,9	138,5
Удмуртская республика	4 353 201,3	4 947 316,2	113,6	3 990 720,0	3 993 399,4	100,1
Чувашская республика	2 631 215,8	2 950 599,9	112,1	2 476 556,7	2 523 806,7	101,9
Пермский край	8 885 427,5	10 113 556,6	113,8	7 180 526,6	5 530 645,4	77,0
Кировская область	3 333 453,9	3 572 060,0	107,2	1 921 232,0	2 424 968,0	126,2
Нижегородская область	12 532 687,3	14 088 787,2	112,4	8 142 145,6	8 331 819,7	102,3
Оренбургская область	5 409 407,2	5 945 144,4	109,9	5 332 843,1	5 386 171,5	101,0
Пензенская область	2 952 458,1	3 192 638,1	108,1	2 117 820,0	2 405 809,6	113,6
Самарская область	12 130 991,7	13 557 575,9	111,8	6 642 927,0	7 171 475,0	108,0
Саратовская область	6 338 007,1	7 024 980,0	110,8	3 487 000,0	4 290 223,9	123,0
Ульяновская область	3 111 231,6	3 489 735,1	112,2	1 117 235,6	1 624 006,0	145,4
Уральский ФО	60 354 148,4	67 977 883,4	112,6	26 603 573,5	31 847 478,1	119,7
Курганская область	1 930 287,3	2 106 263,5	109,1	938 000,0	1 075 000,0	114,6
Свердловская область	19 426 544,2	22 312 874,4	114,9	8 114 650,5	10 817 514,0	133,3
Тюменская область	5 600 818,3	6 379 540,3	113,9	3 600 578,0	3 298 436,0	91,6
Челябинская область	12 030 538,9	13 226 877,2	109,9	6 125 851,2	6 887 441,5	112,4
Ханты-Мансийский АО – Югра	14 604 847,3	16 439 970,2	112,6	7 021 992,8	6 441 948,6	91,7
Ямало-Ненецкий АО	6 761 112,3	7 512 357,8	111,1	802 501,0	3 327 138,0	414,6
Сибирский ФО	65 631 614,4	73 366 683,9	111,8	36 629 768,6	41 171 427,1	112,4
Республика Алтай	498 390,6	561 243,0	112,6	368 758,9	417 618,6	113,2
Республика Бурятия	2 652 511,9	2 768 964,8	104,4	1 788 528,4	2 094 753,3	117,1
Республика Тыва	651 759,8	732 357,4	112,4	1 363 653,0	1 589 611,1	116,6
Республика Хакасия	1 506 854,5	1 595 738,1	105,9	787 838,0	978 038,0	124,1
Алтайский край	4 900 103,5	5 235 879,2	106,9	4 046 149,0	4 743 383,9	117,2

Окончание таблицы 1

Субъект Российской Федерации	Страховые взносы на ОМС работающего населения, тыс. рублей			Страховые взносы на ОМС неработающего населения с учетом поступлений от ТФОМС за расчетные периоды, истекшие до 1 января 2012 года, тыс. рублей		
	Факт 2011 года	Факт 2012 года	Темп роста, %	Факт 2011 года	Факт 2012 года	Темп роста, %
1	2	3	4	5	6	7
Забайкальский край	3 970 336,9	4 350 649,0	109,6	560 963,6	1 094 731,2	195,2
Красноярский край	12 781 500,4	14 226 810,2	111,3	11 294 481,1	10 113 593,9	89,5
Иркутская область	9 184 729,6	10 558 980,3	115,0	3 232 697,0	4 183 618,1	129,4
Кемеровская область	9 653 956,1	10 773 288,2	111,6	4 408 428,3	5 216 206,3	118,3
Новосибирская область	10 718 030,4	12 460 191,8	116,3	4 354 243,7	5 120 021,1	117,6
Омская область	5 141 086,6	5 734 367,4	111,5	1 641 441,7	3 087 723,4	188,1
Томская область	3 972 354,2	4 368 214,5	110,0	2 782 585,9	2 532 128,2	91,0
Дальневосточный ФО	30 307 128,9	33 379 511,0	110,1	17 030 859,7	21 046 529,0	123,6
Республика Саха (Якутия)	5 201 717,1	5 740 986,4	110,4	5 320 676,0	5 741 391,6	107,9
Камчатский край	2 132 435,9	2 287 927,9	107,3	1 618 250,6	1 927 383,8	119,1
Приморский край	7 056 719,2	7 727 747,9	109,5	3 225 137,0	3 844 601,8	119,2
Хабаровский край	7 873 184,6	8 788 934,1	111,6	3 071 121,9	3 228 650,8	105,1
Амурская область	2 807 028,3	3 092 655,3	110,2	1 203 315,2	2 117 558,4	176,0
Магаданская область	1 183 391,5	1 370 780,7	115,8	565 249,8	690 735,0	122,2
Сахалинская область	3 033 890,4	3 260 702,4	107,5	276 911,0	2 436 658,4	879,9
Еврейская авт. обл.	424 540,6	440 536,6	103,8	431 208,0	466 484,2	108,2
Чукотский АО	594 221,2	669 239,6	112,6	1 318 990,2	593 065,0	45,0
Байконур	239 276,0	292 611,4	122,3	67 500,0	99 711,7	147,7

Таблица 2

**ПОСТУПЛЕНИЕ СУБВЕНЦИЙ В БЮДЖЕТЫ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ФОНДОВ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ИЗ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО
ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В 2012 ГОДУ**

Субъект Российской Федерации	Поступило субвенций в бюджеты ТФОМС, ВСЕГО, тыс. рублей
1	2
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	640 562 414,2
Центральный федеральный округ	168 362 457,4
Белгородская область	5 338 250,8
Брянская область	3 983 182,1
Владимирская область	4 938 110,1
Воронежская область	8 274 328,0
Ивановская область	3 216 773,4
Калужская область	3 884 769,3
Костромская область	2 175 535,9
Курская область	3 902 280,0
Липецкая область	4 267 621,2
Московская область	32 531 626,2
Орловская область	2 925 489,1
Рязанская область	4 843 675,2
Смоленская область	3 867 625,2
Тамбовская область	3 582 933,3
Тверская область	4 992 048,6
Тульская область	6 818 464,8
Ярославская область	5 247 732,2
г. Москва	63 572 012,0
Северо-Западный федеральный округ	69 403 101,7
Республика Карелия	3 986 288,4
Республика Коми	7 136 790,2
Архангельская область	6 747 018,8
Вологодская область	5 150 790,0
Калининградская область	3 628 280,6
Ленинградская область	6 128 107,7
Мурманская область	5 891 135,6
Новгородская область	2 491 071,6
Псковская область	2 575 967,7
г. Санкт-Петербург	25 195 217,9
Ненецкий автономный округ	472 433,2
Южный федеральный округ	48 575 226,8
Республика Адыгея	1 452 918,3
Республика Калмыкия	971 187,0
Краснодарский край	18 773 392,1
Астраханская область	3 136 979,4
Волгоградская область	9 143 199,4
Ростовская область	15 097 550,6
Северо-Кавказский федеральный округ	31 454 554,1
Республика Дагестан	8 734 055,2
Республика Ингушетия	1 357 155,7
Кабардино-Балкарская Республика	2 667 863,2
Карачаево-Черкесская Республика	1 644 963,7
Республика Северная Осетия – Алания	2 043 448,8

Окончание таблицы 2

Субъект Российской Федерации	Поступило субвенций в бюджеты ТФОМС, ВСЕГО, тыс. рублей
1	2
Чеченская Республика	5 173 543,4
Ставропольский край	9 833 524,1
Приволжский федеральный округ	120 829 243,8
Республика Башкортостан	16 798 881,2
Республика Марий Эл	2 017 313,9
Республика Мордовия	3 055 312,2
Республика Татарстан	14 152 903,1
Удмуртская Республика	7 414 656,8
Чувашская Республика	5 192 308,0
Пермский край	10 581 274,6
Кировская область	5 642 736,3
Нижегородская область	14 412 556,7
Оренбургская область	9 188 848,8
Пензенская область	5 194 691,9
Самарская область	13 242 266,6
Саратовская область	9 094 310,1
Ульяновская область	4 841 183,6
Уральский федеральный округ	64 372 001,3
Курганская область	3 057 853,8
Свердловская область	20 807 577,2
Тюменская область	6 647 342,9
Челябинская область	13 575 157,9
Ханты-Мансийский автономный округ – Югра	13 538 235,1
Ямало-Ненецкий автономный округ	6 745 834,4
Сибирский федеральный округ	94 084 588,1
Республика Алтай	1 009 899,1
Республика Бурятия	4 371 439,2
Республика Тыва	2 291 345,9
Республика Хакасия	2 581 607,6
Алтайский край	10 316 473,5
Забайкальский край	5 429 317,8
Красноярский край	18 819 076,8
Иркутская область	12 125 842,2
Кемеровская область	12 239 504,3
Новосибирская область	11 574 641,3
Омская область	8 209 892,2
Томская область	5 115 548,2
Дальневосточный федеральный округ	43 256 403,8
Республика Саха (Якутия)	9 225 223,4
Камчатский край	3 147 330,3
Приморский край	9 218 290,3
Хабаровский край	8 670 464,8
Амурская область	4 675 483,4
Магаданская область	1 635 949,9
Сахалинская область	4 955 510,4
Еврейская автономная область	848 430,0
Чукотский автономный округ	879 721,3
Байконур	224 837,2

Таблица 3

**ФИНАНСОВАЯ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОМС
СРЕДСТВАМИ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ И НАЛОГОВ В 2012 ГОДУ**

Субъекты Российской Федерации	Поступило средств в территориальные фонды ОМС						Удельный вес страховых взносов на ОМС работаю- щего населения, страховых взносов на ОМС неработаю- щего населения, налоговых доходов, субвенций ФОМС в размере дотаций, предумы- шленных на 2011 год, %	
	Всего		Из них:					
	млн. руб.	в среднем на 1 застрахован- ного жителя, руб.	млн. руб.	в среднем на 1 застрахован- ного жителя, руб.	млн. руб.	в среднем на 1 застрахован- ного жителя, руб.	страховые взносы на ОМС работающего населения, на- логовые доходы	страховые взносы на ОМС неработающего населения
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Российская Федерация (с учетом г. Байконур)	640 870,1	4 537,4	342 201,2	6 269,1	298 668,9	3 446,6	53,4	46,6
Центральный ФО	168 471,6	4 333,8	97 314,8	5 627,9	71 156,8	3 297,0	57,8	42,2
Белгородская область	5 332,3	3 522,8	2 512,3	4 382,1	2 820,0	2 998,9	47,1	52,9
Брянская область	3 982,4	3 265,0	2 215,0	5 588,4	1 767,5	2 146,6	55,6	44,4
Владимирская область	4 939,2	3 693,0	2 523,3	5 099,1	2 415,8	2 867,1	51,1	48,9
Воронежская область	8 277,6	3 597,7	4 330,9	6 161,9	3 946,8	2 469,8	52,3	47,7
Ивановская область	3 216,0	3 089,2	1 885,9	4 764,4	1 330,1	2 061,5	58,6	41,4
Калужская область	3 883,5	4 012,3	2 210,6	5 707,2	1 672,9	2 881,5	56,9	43,1
Костромская область	2 178,0	3 280,9	1 340,9	4 422,0	837,1	2 321,3	61,6	38,4
Курская область	3 904,9	3 457,8	2 432,0	5 841,2	1 473,0	2 065,9	62,3	37,7
Липецкая область	4 264,5	3 683,2	1 691,5	4 306,6	2 573,0	3 363,1	39,7	60,3
Московская область	32 540,4	4 375,7	14 361,9	5 846,2	18 178,6	3 650,3	44,2	55,8
Орловская область	2 925,7	3 585,8	1 534,5	5 508,1	1 391,2	2 589,1	52,4	47,6
Рязанская область	4 847,8	4 221,4	2 202,7	4 382,2	2 645,0	4 096,2	45,5	54,5
Смоленская область	3 869,4	4 108,4	2 185,9	6 486,4	1 683,5	2 783,4	56,5	43,5
Тамбовская область	3 584,9	3 554,2	1 756,5	5 582,2	1 828,4	2 634,6	49,0	51,0
Тверская область	4 991,0	3 829,7	2 483,1	5 360,8	2 507,9	2 985,4	49,8	50,2
Тульская область	6 821,9	4 639,8	3 390,9	6 459,8	3 431,0	3 629,3	49,7	50,3
Ярославская область	5 251,7	4 106,0	2 745,5	4 784,4	2 506,2	3 554,0	52,3	47,7
г. Москва	63 660,4	5 244,7	45 511,5	5 852,0	18 148,8	4 161,6	71,5	28,5
Северо-Западный ФО	69 385,9	5 200,1	36 369,2	6 373,2	33 016,8	4 323,4	52,4	47,6
Республика Карелия	3 986,7	5 767,5	2 326,3	8 966,8	1 660,4	3 845,3	58,3	41,7
Республика Коми	7 138,8	7 724,6	3 433,2	9 157,3	3 705,6	6 746,7	48,1	51,9
Архангельская область	6 752,7	5 646,3	4 209,0	11 142,4	2 543,7	3 108,9	62,3	37,7
Вологодская область	5 150,3	4 287,4	2 189,2	6 196,6	2 961,1	3 491,9	42,5	57,5
Калининградская область	3 625,7	4 100,0	1 619,1	3 988,8	2 006,6	4 194,3	44,7	55,3
Ленинградская область	6 124,8	4 605,0	2 507,0	5 013,0	3 617,8	4 359,2	40,9	59,1
Мурманская область	5 894,6	7 501,8	3 013,8	8 623,6	2 880,8	6 603,2	51,1	48,9
Новгородская область	2 490,3	4 101,7	1 464,4	6 869,5	1 025,9	2 604,0	58,8	41,2
Псковская область	2 575,7	3 865,2	1 367,6	6 249,2	1 208,1	2 699,4	53,1	46,9
г. Санкт-Петербург	25 174,4	5 026,7	14 034,9	5 339,2	11 139,5	4 681,5	55,7	44,3
Ненецкий АО	472,0	9 653,0	204,7	8 176,9	267,3	11 201,4	43,4	56,6
Южный ФО	48 561,1	3 726,9	24 309,6	5 431,4	24 251,6	2 835,1	50,1	49,9

Субъекты Российской Федерации	Поступило средств в территориальные фонды ОМС						Удельный вес страховых взносов на ОМС работающего населения, страховых взносов на ОМС неработающего населения, налоговых доходов, субвенций ФОМС в размере дотаций, предусмотренных на 2011 год, %	
	Всего		Из них:					
			страховые взносы на ОМС работающего населения, налоговые доходы с учетом субвенций в размере дотаций, предусмотренных на 2011 год и средств нормированного страхового запаса		страховые взносы на ОМС неработающего населения			
	млн. руб.	в среднем на 1 застрахованного жителя, руб.	млн. руб.	в среднем на 1 застрахованного жителя, руб.	млн. руб.	в среднем на 1 застрахованного жителя, руб.	страховые взносы на ОМС работающего населения, налоговые доходы	страховые взносы на ОМС неработающего населения
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Республика Адыгея	1 451,8	3 697,5	609,4	7 282,1	842,4	2 726,5	42,0	58,0
Республика Калмыкия	972,1	3 436,5	479,4	10 295,5	492,7	2 085,0	49,3	50,7
Краснодарский край	18 765,2	3 815,9	9 752,5	5 394,8	9 012,7	2 898,1	52,0	48,0
Астраханская область	3 135,1	3 182,8	1 778,1	5 823,6	1 357,0	1 996,5	56,7	43,3
Волгоградская область	9 146,6	3 663,7	4 504,0	5 475,1	4 642,7	2 773,5	49,2	50,8
Ростовская область	15 090,3	3 815,3	7 186,2	5 097,2	7 904,1	3 105,3	47,6	52,4
Северо-Кавказский ФО	31 461,9	3 654,7	16 147,1	9 734,0	15 314,8	2 203,7	51,3	48,7
Республика Дагестан	8 736,1	3 340,3	5 188,2	13 280,2	3 547,9	1 594,8	59,4	40,6
Республика Ингушетия	1 357,5	3 365,2	957,2	25 772,4	400,3	1 092,8	70,5	29,5
Кабардино-Балкарская Республика	2 674,6	3 620,0	1 284,0	8 760,3	1 390,7	2 348,0	48,0	52,0
Карачаево-Черкесская Республика	1 645,6	4 108,1	535,0	4 642,8	1 110,6	3 892,1	32,5	67,5
Республика Северная Осетия — Алания	2 045,0	3 031,3	945,4	6 928,0	1 099,7	2 043,3	46,2	53,8
Чеченская Республика	5 172,4	4 713,8	2 333,7	21 367,7	2 838,7	2 872,9	45,1	54,9
Ставропольский край	9 830,6	3 670,2	4 903,6	6 777,2	4 927,0	2 520,3	49,9	50,1
Приволжский ФО	120 863,4	4 078,2	59 951,8	5 480,5	60 911,6	3 257,8	49,6	50,4
Респуб. Башкортостан	16 805,8	4 189,2	7 508,2	5 452,5	9 297,5	3 528,9	44,7	55,3
Республика Марий Эл	2 021,6	2 938,9	1 270,4	5 677,2	751,2	1 618,6	62,8	37,2
Республика Мордовия	3 056,1	3 750,0	1 554,8	4 765,2	1 501,3	3 072,2	50,9	49,1
Республика Татарстан	14 154,9	3 866,5	8 468,4	5 358,8	5 686,5	2 733,0	59,8	40,2
Удмуртская Республика	7 415,9	4 833,9	3 425,2	5 630,9	3 990,7	4 310,2	46,2	53,8
Чувашская Республика	5 196,4	4 147,4	2 672,6	6 635,9	2 523,8	2 968,6	51,4	48,6
Пермский край	10 589,1	3 833,5	5 061,8	4 794,7	5 527,2	3 238,9	47,8	52,2
Кировская область	5 645,0	4 103,5	3 220,1	6 129,0	2 424,8	2 851,8	57,0	43,0
Нижегородская область	14 412,6	4 490,5	6 080,8	4 226,0	8 331,8	4 705,4	42,2	57,8
Оренбургская область	9 193,0	4 587,9	3 806,8	5 933,9	5 386,2	3 954,0	41,4	58,6
Пензенская область	5 196,6	3 951,7	2 791,7	6 579,6	2 404,8	2 699,9	53,7	46,3
Самарская область	13 241,1	4 106,1	6 069,6	5 315,0	7 171,5	3 443,3	45,8	54,2
Саратовская область	9 091,9	3 588,2	4 801,6	5 991,1	4 290,2	2 476,6	52,8	47,2
Ульяновская область	4 843,8	3 878,0	3 219,8	8 224,5	1 624,0	1 893,7	66,5	33,5
Уральский ФО	64 381,7	5 193,4	32 534,2	6 346,1	31 847,5	4 380,5	50,5	49,5
Курганская область	3 060,6	3 376,3	1 985,6	6 627,6	1 075,0	1 771,3	64,9	35,1
Свердловская область	20 811,2	4 619,3	9 993,7	5 165,1	10 817,5	4 208,5	48,1	51,9
Тюменская область	6 643,6	4 836,4	3 345,2	5 750,6	3 298,4	4 164,8	50,4	49,6

Субъекты Российской Федерации	Поступило средств в территориальные фонды ОМС						Удельный вес страховых взносов на ОМС работающего населения, страховых взносов на ОМС неработающего населения, налоговых доходов, субвенций ФОМС в размере дотаций, предусмотренных на 2011 год и средств нормированного страхового запаса	
	Всего		Из них:					
	млн. руб.	в среднем на 1 застрахованного жителя, руб.	млн. руб.	в среднем на 1 застрахованного жителя, руб.	млн. руб.	в среднем на 1 застрахованного жителя, руб.	страховые взносы на ОМС работающего населения, налоговые доходы	страховые взносы на ОМС неработающего населения
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Челябинская область	13 588,0	3 949,0	6 700,5	5 123,1	6 887,4	3 229,1	49,3	50,7
Ханты-Мансийский АО — Югра	13 533,9	8 462,6	7 092,0	10 511,2	6 441,9	6 967,6	52,4	47,6
Ямало-Ненецкий АО	6 744,3	11 803,2	3 417,2	10 421,7	3 327,1	13 663,4	50,7	49,3
Сибирский ФО	94 260,7	4 928,6	53 236,4	7 497,1	41 024,3	3 411,8	56,5	43,5
Республика Алтай	1 009,5	4 679,0	591,9	9 831,8	417,6	2 684,7	58,7	41,3
Республика Бурятия	4 370,0	4 521,7	2 275,2	7 921,3	2 094,8	3 084,0	52,1	47,9
Республика Тыва	2 293,4	7 638,5	703,7	8 746,5	1 589,6	7 232,9	30,7	69,3
Республика Хакасия	2 581,8	4 699,2	1 603,7	8 821,5	978,0	2 660,6	62,1	37,9
Алтайский край	10 316,6	4 319,8	5 573,2	6 452,5	4 743,4	3 111,5	54,0	46,0
Забайкальский край	5 428,1	5 030,2	4 333,3	15 582,8	1 094,7	1 366,7	79,8	20,2
Красноярский край	18 823,3	6 587,9	8 709,7	7 962,6	10 113,6	5 735,2	46,3	53,7
Иркутская область	12 286,9	4 890,9	8 103,3	8 163,0	4 183,6	2 753,3	65,9	34,1
Кемеровская область	12 241,6	4 686,1	7 172,6	6 912,5	5 069,0	3 219,1	58,6	41,4
Новосибирская область	11 583,2	4 322,7	6 463,2	5 687,1	5 120,0	3 317,9	55,8	44,2
Омская область	8 211,2	4 179,8	5 123,5	7 405,5	3 087,7	2 426,2	62,4	37,6
Томская область	5 115,2	5 114,1	2 583,1	6 506,2	2 532,1	4 197,8	50,5	49,5
Дальневосточный ФО	43 258,9	6 996,9	22 212,9	9 785,1	21 046,0	5 379,1	51,4	48,6
Республика Саха (Якутия)	9 222,6	9 787,4	3 481,2	10 554,1	5 741,4	9 374,5	37,7	62,3
Камчатский край	3 156,9	9 971,4	1 229,5	9 869,3	1 927,4	10 037,6	38,9	61,1
Приморский край	9 219,6	5 020,2	5 375,0	8 067,0	3 844,6	3 285,4	58,3	41,7
Хабаровский край	8 668,5	6 348,9	5 440,4	9 815,3	3 228,1	3 980,0	62,8	37,2
Амурская область	4 673,3	5 954,4	2 555,7	9 449,8	2 117,6	4 116,6	54,7	45,3
Магаданская область	1 634,5	9 867,3	943,8	11 328,4	690,7	8 389,0	57,7	42,3
Сахалинская область	4 955,5	9 041,3	2 518,9	15 273,2	2 436,7	6 359,1	50,8	49,2
Еврейская автономная область	847,4	5 035,7	381,0	7 343,2	466,5	4 007,4	45,0	55,0
Чукотский АО	880,4	16 025,0	287,3	11 728,3	593,1	19 483,1	32,6	67,4
Байконур	224,9	5 042,0	125,3	7 818,0	99,7	3 486,2	55,7	44,3

Таблица 4

**РЕАЛИЗАЦИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОМС
В РАМКАХ БАЗОВОЙ ПРОГРАММЫ ОМС В 2012 ГОДУ**

№ п/п	Субъект Российской Федерации	Численность застрахованного по ОМС населения на 01.01.2012 г., чел.	Районный коэффициент	Размер финансовой потребности на ТП ОМС по нормативу (4102,9 руб.), тыс. руб.	Фактическое исполнение ТП ОМС в рамках базовой программы ОМС, тыс. руб.	Фактическое исполнение базовой программы ОМС на 1 застрах., руб. (без учета р/коэф) (гр.6 / гр.3 / гр.4)	% от федерального норматива (4102,9 руб.) (гр.7 / 4102,9 * 100%)
1	2	3	4	5	6	7	8
	Российская Федерация	141 241 093	1,1554	669 536 982,4	691 716 563,2	4 238,8	103,3%
1	Ханты-Мансийский АО – Югра	1 599 269	1,9960	13 097 035,0	24 087 646,4	7 545,9	183,9%
2	Сахалинская область	548 100	1,9732	4 437 331,2	6 926 492,5	6 404,5	156,1%
3	г. Москва	12 138 086	1,0000	49 801 353,0	71 820 445,5	5 916,9	144,2%
4	Московская область	7 436 577	1,0000	30 511 531,8	41 535 161,1	5 585,3	136,1%
5	Ненецкий АО	48 894	2,3000	461 396,5	611 081,8	5 434,0	132,4%
6	г. Санкт-Петербург	5 008 141	1,0000	20 547 901,7	27 206 979,4	5 432,6	132,4%
7	Тюменская область	1 373 679	1,1500	6 481 477,7	8 526 109,1	5 397,2	131,5%
8	Ленинградская область	1 330 023	1,0000	5 456 951,4	7 102 896,3	5 340,4	130,2%
9	Тульская область	1 470 292	1,0000	6 032 461,0	7 319 773,1	4 978,4	121,3%
10	Чеченская Республика	1 097 285	1,0000	4 502 050,6	5 444 164,0	4 961,5	120,9%
11	Ямало-Ненецкий АО	571 397	2,3000	5 392 084,9	6 500 281,3	4 946,1	120,6%
12	Нижегородская область	3 209 587	1,0139	13 351 658,2	15 954 714,7	4 902,8	119,5%
13	Калужская область	967 896	1,0000	3 971 180,5	4 701 791,5	4 857,7	118,4%
14	Омская область	1 964 507	1,1500	9 269 202,1	10 739 843,1	4 753,9	115,9%
15	Рязанская область	1 148 383	1,0000	4 711 700,6	5 437 633,0	4 735,0	115,4%
16	Ярославская область	1 279 030	1,0000	5 247 732,2	5 950 085,9	4 652,0	113,4%
17	Республика Мордовия	814 947	1,0000	3 343 646,0	3 759 285,3	4 612,9	112,4%
18	Калининградская область	884 321	1,0000	3 628 280,6	3 779 838,3	4 274,3	104,2%
19	Красноярский край	2 857 247	1,6419	19 248 512,6	19 996 955,6	4 262,4	103,9%
20	Новгородская область	607 149	1,0000	2 491 071,6	2 580 358,2	4 250,0	103,6%
21	Чувашская Республика	1 252 916	1,0000	5 140 589,1	5 304 584,1	4 233,8	103,2%
22	Смоленская область	941 824	1,0000	3 864 209,7	3 984 175,4	4 230,3	103,1%
23	Чукотский автономный округ	54 939	3,0000	676 227,7	694 980,7	4 216,7	102,8%
24	Пензенская область	1 315 010	1,0230	5 519 447,7	5 672 182,6	4 216,4	102,8%
25	Самарская область	3 224 688	1,0000	13 230 572,4	13 557 725,3	4 204,4	102,5%
26	Удмуртская Республика	1 534 149	1,1500	7 238 628,9	7 399 735,3	4 194,2	102,2%
27	Республика Саха (Якутия)	942 295	2,2848	8 833 361,6	9 018 393,4	4 188,8	102,1%
28	Карачаево-Черкесская Республика	400 573	1,0000	1 643 511,0	1 651 800,7	4 123,6	100,5%
29	Оренбургская область	2 003 735	1,1500	9 454 293,0	9 451 529,3	4 101,7	100,0%
30	Алтайский край	2 388 206	1,1604	11 370 261,1	11 362 888,5	4 100,2	99,9%
31	Краснодарский край	4 917 655	1,0000	20 176 646,7	19 990 522,2	4 065,1	99,1%
32	Ульяновская область	1 249 057	1,0000	5 124 756,0	5 076 993,5	4 064,7	99,1%
33	Магаданская область	165 647	2,5034	1 701 393,4	1 680 829,6	4 053,3	98,8%
34	Камчатский край	316 594	2,4102	3 130 737,8	3 091 722,2	4 051,8	98,8%

Продолжение таблицы 4

№ п/п	Субъект Российской Федерации	Численность застрахованного по ОМС населения на 01.01.2012 г., чел.	Районный коэффициент	Размер финансовой потребности на ТП ОМС по нормативу (4102,9 руб.), тыс. руб.	Фактическое исполнение ТП ОМС в рамках базовой программы ОМС, тыс. руб.	Фактическое исполнение базовой программы ОМС на 1 застрах., руб. (без учета р/коэф) (гр.6 / гр.3 / гр.4)	% от федерального норматива (4102,9 руб.) (гр.7 / 4102,9 * 100%)
1	2	3	4	5	6	7	8
35	Хабаровский край	1 365 353	1,6479	9 231 382,3	8 948 201,5	3 977,0	96,9%
36	Псковская область	666 399	1,0000	2 734 168,5	2 648 117,2	3 973,8	96,9%
37	Республика Адыгея	392 659	1,0000	1 611 040,6	1 559 504,9	3 971,7	96,8%
38	Свердловская область	4 505 236	1,1686	21 601 025,0	20 826 388,5	3 955,8	96,4%
39	Республика Татарстан	3 660 940	1,0000	15 020 470,7	14 364 934,9	3 923,8	95,6%
40	Ставропольский край	2 678 463	1,0039	11 032 324,8	10 532 910,5	3 917,2	95,5%
41	Тверская область	1 303 244	1,0000	5 347 079,8	5 099 405,5	3 912,9	95,4%
42	Кировская область	1 375 661	1,0930	6 169 110,1	5 848 678,4	3 889,8	94,8%
43	Амурская область	784 847	1,5970	5 142 577,6	4 855 687,5	3 874,0	94,4%
44	Волгоградская область	2 496 544	1,0000	10 243 070,4	9 589 001,5	3 840,9	93,6%
45	Республика Коми	924 158	1,8822	7 136 790,2	6 661 008,6	3 829,4	93,3%
46	Владимирская область	1 337 455	1,0000	5 487 444,1	5 097 636,1	3 811,4	92,9%
47	Ростовская область	3 955 157	1,0036	16 286 033,1	15 099 242,1	3 803,9	92,7%
48	Республика Башкортостан	4 011 720	1,1500	18 928 638,9	17 376 322,7	3 766,4	91,8%
49	Липецкая область	1 157 825	1,0000	4 750 440,2	4 356 816,2	3 762,9	91,7%
50	Республика Тыва	300 236	1,9030	2 344 213,1	2 117 998,8	3 707,0	90,4%
51	Саратовская область	2 533 784	1,0010	10 406 258,2	9 190 590,9	3 623,6	88,3%
52	Кемеровская область	2 612 324	1,3000	13 933 535,4	12 289 514,8	3 618,8	88,2%
53	Вологодская область	1 201 271	1,1761	5 796 637,9	5 111 083,8	3 617,7	88,2%
54	Воронежская область	2 300 838	1,0000	9 440 108,2	8 245 508,2	3 583,7	87,3%
55	Новосибирская область	2 679 636	1,2000	13 193 134,3	11 476 815,8	3 569,1	87,0%
56	Тамбовская область	1 008 656	1,0000	4 138 414,7	3 595 011,3	3 564,2	86,9%
57	Белгородская область	1 513 664	1,0000	6 210 412,0	5 362 613,6	3 542,8	86,3%
58	Приморский край	1 836 522	1,5288	11 519 609,1	9 926 899,7	3 535,6	86,2%
59	Кабардино-Балкарская Республика	738 852	1,0000	3 031 435,9	2 590 537,9	3 506,2	85,5%
60	Орловская область	815 912	1,0000	3 347 605,3	2 841 520,8	3 482,6	84,9%
61	Челябинская область	3 440 834	1,1500	16 235 007,5	13 665 277,7	3 453,5	84,2%
62	Еврейская автономная область	168 287	1,5570	1 075 053,6	901 583,9	3 440,9	83,9%
63	Республика Карелия	691 227	1,7505	4 964 479,7	4 100 515,1	3 388,9	82,6%
64	Республика Дагестан	2 615 351	1,0087	10 823 879,2	8 934 904,0	3 386,9	82,5%
65	Брянская область	1 219 747	1,0000	5 004 500,0	4 115 059,9	3 373,7	82,2%
66	Пермский край	2 762 239	1,1576	13 119 301,2	10 684 011,1	3 341,3	81,4%
67	Республика Ингушетия	403 389	1,0000	1 655 064,7	1 347 698,0	3 340,9	81,4%
68	Костромская область	663 843	1,0000	2 723 681,4	2 213 024,5	3 333,7	81,3%
69	Мурманская область	785 762	2,2014	7 097 099,9	5 751 894,3	3 325,2	81,0%
70	Иркутская область	2 512 188	1,5805	16 291 090,0	13 087 464,3	3 296,1	80,3%
71	Республика Калмыкия	282 880	1,0699	1 241 756,3	996 487,7	3 292,5	80,2%
72	Забайкальский край (Чита)	1 079 095	1,5179	6 720 545,9	5 366 716,6	3 276,4	79,9%

Окончание таблицы 4

№ п/п	Субъект Российской Федерации	Численность застрахованного по ОМС населения на 01.01.2012 г., чел.	Районный коэффициент	Размер финансовой потребности на ТП ОМС по нормативу (4102,9 руб.), тыс. руб.	Фактическое исполнение ТП ОМС в рамках базовой программы ОМС, тыс. руб.	Фактическое исполнение базовой программы ОМС на 1 застрах., руб. (без учета р/коэф) (гр.6 / гр.3 / гр.4)	% от федерального норматива (4102,9 руб.) (гр.7 / 4102,9 * 100%)
1	2	3	4	5	6	7	8
73	Байконур	44 606	1,4000	256 219,5	204 224,9	3 270,3	79,7%
74	Курская область	1 129 322	1,0000	4 633 495,2	3 588 063,8	3 177,2	77,4%
75	Курганская область	906 515	1,1500	4 277 241,5	3 290 688,3	3 156,6	76,9%
76	Астраханская область	985 017	1,0000	4 041 426,2	3 096 931,8	3 144,0	76,6%
77	Республика Алтай	215 763	1,5313	1 355 589,5	1 031 081,7	3 120,7	76,1%
78	Республика Марий Эл	687 868	1,0000	2 822 253,6	2 121 898,0	3 084,7	75,2%
79	Томская область	1 000 215	1,5777	6 474 537,1	4 863 512,2	3 082,0	75,1%
80	Республика Бурятия	966 453	1,5044	5 965 337,2	4 469 303,1	3 073,9	74,9%
81	Ивановская область	1 041 048	1,0000	4 271 315,8	3 186 323,5	3 060,7	74,6%
82	Архангельская область	1 195 942	1,8071	8 867 133,3	6 527 654,3	3 020,4	73,6%
83	Республика Хакасия	549 404	1,6000	3 606 639,5	2 611 652,4	2 971,0	72,4%
84	Республика Северная Осетия - Алания	674 644	1,0268	2 842 179,2	2 029 041,1	2 929,1	71,4%

Таблица 5

**ПОКАЗАТЕЛИ ПРОВЕДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ
ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН В 2011-2012 ГОДАХ**

Субъект Российской Федерации	Численность работающих граждан, подлежащих дополнительной диспансеризации в 2011 году (чел.)	Численность работающих граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию в 2011 году (чел.)	Процент выполнения плана диспансеризации в 2011 году	Численность работающих граждан, подлежащих дополнительной диспансеризации в 2012 году (чел.)	Численность работающих граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию в 2012 году (чел.)	Процент выполнения плана диспансеризации в 2012 году
1	2	3	4	5	6	7
Российская Федерация	2 873 187	2 868 277	99,8%	2 820 874	2 826 469	100,2%
Центральный ФО	849 877	830 592	97,7%	763 451	765 966	100,3%
Белгородская область	33 800	34 447	101,9%	27 500	27 587	100,3%
Брянская область	20 700	20 845	100,7%	18 500	18 981	102,6%
Владимирская область	34 500	35 672	103,4%	35 801	33 127	92,5%
Воронежская область	80 850	80 850	100,0%	70 000	69 723	99,6%
Ивановская область	19 550	20 023	102,4%	20 000	20 606	103,0%
Калужская область	29 400	28 113	95,6%	22 000	22 217	101,0%
Костромская область	19 000	19 457	102,4%	16 150	16 814	104,1%
Курская область	26 500	23 414	88,4%	19 000	19 450	102,4%
Липецкая область	34 577	34 577	100,0%	28 000	28 250	100,9%
Московская область	90 000	90 000	100,0%	82 500	83 350	101,0%
Орловская область	25 250	24 624	97,5%	19 000	18 770	98,8%
Рязанская область	18 500	18 500	100,0%	12 500	12 500	100,0%
Смоленская область	13 850	13 850	100,0%	13 000	13 000	100,0%
Тамбовская область	15 550	15 679	100,8%	19 500	19 809	101,6%
Тверская область	32 350	32 350	100,0%	25 000	25 000	100,0%
Тульская область	34 500	31 918	92,5%	25 000	26 542	106,2%
Ярославская область	31 000	31 827	102,7%	25 000	25 000	100,0%
г. Москва	290 000	274 446	94,6%	285 000	285 240	100,1%
Северо-Западный ФО	238 950	238 710	99,9%	222 200	216 454	97,4%
Республика Карелия	10 300	10 300	100,0%	8 000	8 000	100,0%
Республика Коми	13 500	13 521	100,2%	15 000	13 691	91,3%
Архангельская область	25 000	25 000	100,0%	25 000	24 011	96,0%
Вологодская область	21 100	22 975	108,9%	22 000	22 823	103,7%
Калининградская область	18 000	18 020	100,1%	16 000	15 549	97,2%
Ленинградская область	25 000	24 315	97,3%	23 000	20 105	87,4%
Мурманская область	24 250	24 253	100,0%	21 000	18 933	90,2%
Новгородская область	20 550	19 211	93,5%	18 000	17 497	97,2%
Псковская область	15 000	15 000	100,0%	15 000	15 230	101,5%
г. Санкт-Петербург	65 000	64 865	99,8%	58 000	59 445	102,5%
Ненецкий АО	1 250	1 250	100,0%	1 200	1 170	97,5%
Южный ФО	218 000	221 017	101,4%	217 700	218 682	100,5%
Республика Адыгея	5 150	5 150	100,0%	6 200	6 200	100,0%
Республика Калмыкия	6 250	6 285	100,6%	6 500	4 287	66,0%
Краснодарский край	82 000	83 342	101,6%	72 000	73 558	102,2%
Астраханская область	24 000	23 998	100,0%	20 000	20 000	100,0%
Волгоградская область	38 600	38 538	99,8%	43 000	43 000	100,0%

Продолжение таблицы 5

Субъект Российской Федерации	Численность работающих граждан, подлежащих дополнительной диспансеризации в 2011 году (чел.)	Численность работающих граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию в 2011 году (чел.)	Процент выполнения плана диспансеризации в 2011 году	Численность работающих граждан, подлежащих дополнительной диспансеризации в 2012 году (чел.)	Численность работающих граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию в 2012 году (чел.)	Процент выполнения плана диспансеризации в 2012 году
1	2	3	4	5	6	7
Ростовская область	62 000	63 704	102,7%	70 000	71 637	102,3%
Северо-Кавказский ФО	92 014	93 012	101,1%	106 501	108 132	101,5%
Республика Дагестан	22 000	22 000	100,0%	25 000	25 231	100,9%
Республика Ингушетия	3 000	3 000	100,0%	3 500	3 500	100,0%
Кабардино-Балкарская Республика	6 614	6 614	100,0%	6 000	6 150	102,5%
Карачаево-Черкесская Республика	3 700	3 700	100,0%	9 520	9 520	100,0%
Республика Северная Осетия — Алания	7 350	7 350	100,0%	7 000	7 000	100,0%
Чеченская республика	8 850	9 504	107,4%	12 481	13 336	106,9%
Ставропольский край	40 500	40 844	100,8%	43 000	43 395	100,9%
Приволжский ФО	638 384	638 608	100,0%	683 130	684 999	100,3%
Республика Башкортостан	55 487	56 904	102,6%	70 000	70 000	100,0%
Республика Марий Эл	18 400	18 400	100,0%	16 500	17 039	103,3%
Республика Мордовия	32 697	27 280	83,4%	28 000	27 305	97,5%
Республика Татарстан	80 000	80 602	100,8%	82 000	82 750	100,9%
Республика Удмуртия	38 600	38 526	99,8%	35 000	35 080	100,2%
Республика Чувашия	35 300	36 864	104,4%	40 000	40 000	100,0%
Пермский край	62 000	62 000	100,0%	59 000	58 302	98,8%
Кировская область	44 000	43 485	98,8%	40 000	40 225	100,6%
Нижегородская область	90 000	90 000	100,0%	90 000	90 000	100,0%
Оренбургская область	27 500	30 054	109,3%	32 000	32 000	100,0%
Пензенская область	29 400	29 493	100,3%	35 000	34 530	98,7%
Самарская область	48 500	48 500	100,0%	55 000	56 195	102,2%
Саратовская область	50 000	50 000	100,0%	73 000	73 943	101,3%
Ульяновская область	26 500	26 500	100,0%	27 630	27 630	100,0%
Уральский ФО	274 850	277 089	100,8%	279 839	280 552	100,3%
Курганская область	28 150	28 431	101,0%	28 239	28 239	100,0%
Свердловская область	81 000	82 000	101,2%	85 500	85 500	100,0%
Тюменская область	23 000	23 000	100,0%	30 000	30 000	100,0%
Челябинская область	82 300	83 307	101,2%	79 300	80 200	101,1%
Ханты-Мансийский АО – Югра	56 300	56 251	99,9%	53 500	53 313	99,7%
Ямало-Ненецкий АО	4 100	4 100	100,0%	3 300	3 300	100,0%
Сибирский ФО	426 400	432 397	101,4%	431 600	435 073	100,8%
Республика Алтай	4 000	4 240	106,0%	4 000	4 080	102,0%
Республика Бурятия	21 000	21 000	100,0%	21 000	21 177	100,8%
Республика Тыва	2 500	2 764	110,6%	8 000	8 000	100,0%
Республика Хакасия	9 800	9 800	100,0%	9 000	9 000	100,0%
Алтайский край	42 000	42 000	100,0%	40 000	40 071	100,2%
Забайкальский край	19 700	19 787	100,4%	19 000	19 000	100,0%
Красноярский край	80 000	78 890	98,6%	70 000	71 273	101,8%

Окончание таблицы 5

Субъект Российской Федерации	Численность работающих граждан, подлежащих дополнительной диспансеризации в 2011 году (чел.)	Численность работающих граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию в 2011 году (чел.)	Процент выполнения плана диспансеризации в 2011 году	Численность работающих граждан, подлежащих дополнительной диспансеризации в 2012 году (чел.)	Численность работающих граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию в 2012 году (чел.)	Процент выполнения плана диспансеризации в 2012 году
1	2	3	4	5	6	7
Иркутская область	29 500	29 703	100,7%	28 600	28 600	100,0%
Кемеровская область	55 900	62 213	111,3%	67 000	68 806	102,7%
Новосибирская область	75 000	75 000	100,0%	75 000	75 066	100,1%
Омская область	57 000	57 000	100,0%	55 000	55 000	100,0%
Томская область	30 000	30 000	100,0%	35 000	35 000	100,0%
Дальневосточный ФО	134 712	136 852	101,6%	116 453	116 611	100,1%
Республика Саха (Якутия)	15 500	15 500	100,0%	12 000	12 000	100,0%
Камчатский край	7 500	7 021	93,6%	7 900	7 167	90,7%
Приморский край	37 100	37 100	100,0%	26 879	27 265	101,4%
Хабаровский край	33 200	36 515	110,0%	33 165	33 829	102,0%
Амурская область	22 212	22 212	100,0%	21 500	21 554	100,3%
Магаданская область	6 000	5 405	90,1%	2 484	2 346	94,4%
Сахалинская область	7 450	7 450	100,0%	7 000	7 046	100,7%
Еврейская автономная область	3 500	3 500	100,0%	3 500	3 341	95,5%
Чукотский АО	2 250	2 149	95,5%	2 025	2 063	101,9%

Таблица 6

ПОКАЗАТЕЛИ ПО ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРЕБЫВАЮЩИХ В СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ, В 2011-2012 ГОДАХ

Субъект Российской Федерации	Численность детей, подлежащих диспансеризации в 2011 году согласно планам-графикам субъектов Российской Федерации (чел.)	Численность детей, прошедших диспансеризацию в 2011 году (чел.)	Процент выполнения плана диспансеризации в 2011 году	Численность детей, подлежащих диспансеризации в 2012 году согласно планам-графикам субъектов Российской Федерации (чел.)	Численность детей, прошедших диспансеризацию в 2012 году (чел.)	Процент выполнения плана диспансеризации в 2012 году
1	2	3	4	6	7	8
Российская Федерация	326 228	324 966	99,6%	310 923	309 728	99,6%
Центральный ФО	81 830	81 341	99,4%	77 154	77 190	100,0%
Белгородская область	2 142	2 114	98,7%	1 810	1 810	100,0%
Брянская область	1 968	1 909	97,0%	1 901	1 850	97,3%
Владимирская область	4 753	4 753	100,0%	4 358	4 358	100,0%
Воронежская область	4 175	4 175	100,0%	3 808	3 808	100,0%
Ивановская область	5 007	5 244	104,7%	4 948	4 948	100,0%
Калужская область	3 567	3 579	100,3%	3 503	3 261	93,1%
Костромская область	3 212	3 212	100,0%	3 167	3 167	100,0%
Курская область	3 078	3 054	99,2%	2 905	2 905	100,0%
Липецкая область	1 828	1 828	100,0%	1 676	1 676	100,0%
Московская область	7 974	8 001	100,3%	7 509	7 520	100,1%
Орловская область	2 348	2 323	98,9%	2 272	2 246	98,9%
Рязанская область	3 182	3 182	100,0%	2 962	2 962	100,0%
Смоленская область	4 429	4 429	100,0%	4 023	4 023	100,0%
Тамбовская область	4 922	4 922	100,0%	4 568	4 568	100,0%
Тверская область	3 409	3 261	95,7%	3 384	3 104	91,7%
Тульская область	3 673	3 671	99,9%	3 651	3 648	99,9%
Ярославская область	3 063	3 048	99,5%	3 009	3 009	100,0%
г. Москва	19 100	18 636	97,6%	17 700	18 327	103,5%
Северо-Западный ФО	27 165	26 907	99,1%	25 360	25 163	99,2%
Республика Карелия	1 265	1 180	93,3%	1 147	1 115	97,2%
Республика Коми	3 411	3 331	97,7%	3 053	3 039	99,5%
Архангельская область	3 345	3 345	100,0%	3 231	3 169	98,1%
Вологодская область	2 052	2 023	98,6%	1 792	1 792	100,0%
Калининградская область	1 817	1 817	100,0%	1 698	1 710	100,7%
Ленинградская область	4 227	4 214	99,7%	3 954	3 969	100,4%
Мурманская область	2 091	2 089	99,9%	1 962	1 889	96,3%
Новгородская область	1 514	1 503	99,3%	1 284	1 284	100,0%
Псковская область	1 918	1 918	100,0%	1 951	1 951	100,0%
г. Санкт-Петербург	5 241	5 203	99,3%	5 050	5 007	99,1%
Ненецкий АО	284	284	100,0%	238	238	100,0%
Южный ФО	26 069	25 989	99,7%	24 492	24 492	100,0%
Республика Адыгея	413	412	99,8%	412	412	100,0%
Республика Калмыкия	701	701	100,0%	752	752	100,0%

Продолжение таблицы 6

Субъект Российской Федерации	Численность детей, подлежащих диспансеризации в 2011 году согласно планам-графикам субъектов Российской Федерации (чел.)	Численность детей, прошедших диспансеризацию в 2011 году (чел.)	Процент выполнения плана диспансеризации в 2011 году	Численность детей, подлежащих диспансеризации в 2012 году согласно планам-графикам субъектов Российской Федерации (чел.)	Численность детей, прошедших диспансеризацию в 2012 году (чел.)	Процент выполнения плана диспансеризации в 2012 году
1	2	3	4	6	7	8
Краснодарский край	8 543	8 543	100,0%	8 093	8 093	100,0%
Астраханская область	2 365	2 361	99,8%	2 300	2 300	100,0%
Волгоградская область	5 193	5 118	98,6%	3 980	3 980	100,0%
Ростовская область	8 854	8 854	100,0%	8 955	8 955	100,0%
Северо-Кавказский ФО	20 474	20 388	99,6%	20 266	20 199	99,7%
Республика Дагестан	8 257	8 257	100,0%	8 351	8 351	100,0%
Республика Ингушетия	1 288	1 288	100,0%	1 288	1 288	100,0%
Кабардино-Балкарская Республика	2 400	2 315	96,5%	2 335	2 304	98,7%
Карачаево-Черкесская Республика	818	818	100,0%	727	727	100,0%
Республика Северная Осетия — Алания	2 299	2 299	100,0%	2 495	2 459	98,6%
Чеченская республика	937	936	99,9%	923	923	100,0%
Ставропольский край	4 475	4 475	100,0%	4 147	4 147	100,0%
Приволжский ФО	56 928	57 057	100,2%	55 321	55 282	99,9%
Республика Башкортостан	9 850	9 870	100,2%	8 936	8 945	100,1%
Республика Марий Эл	2 130	2 124	99,7%	2 100	2 100	100,0%
Республика Мордовия	1 509	1 509	100,0%	1 299	1 299	100,0%
Республика Татарстан	2 330	2 330	100,0%	2 046	2 046	100,0%
Республика Удмуртия	3 226	3 259	101,0%	3 080	3 081	100,0%
Республика Чувашия	3 212	3 212	100,0%	3 202	3 202	100,0%
Пермский край	4 776	4 776	100,0%	4 853	4 853	100,0%
Кировская область	4 387	4 365	99,5%	4 168	4 111	98,6%
Нижегородская область	4 622	4 666	101,0%	4 617	4 617	100,0%
Оренбургская область	4 055	4 098	101,1%	4 698	4 706	100,2%
Пензенская область	2 232	2 232	100,0%	2 002	2 002	100,0%
Самарская область	5 885	5 913	100,5%	6 144	6 144	100,0%
Саратовская область	4 650	4 638	99,7%	4 456	4 456	100,0%
Ульяновская область	4 064	4 065	100,0%	3 720	3 720	100,0%
Уральский ФО	28 277	27 438	97,2%	27 272	26 292	96,4%
Курганская область	3 054	3 054	100,0%	2 872	2 872	100,0%
Свердловская область	8 972	8 957	99,8%	8 729	8 642	99,0%
Тюменская область	1 575	1 568	99,6%	1 411	1 402	99,4%
Челябинская область	9 393	8 847	94,2%	8 927	8 060	90,3%
Ханты-Мансийский АО — Югра	1 416	1 209	85,4%	1 179	1 179	100,0%
Ямало-Ненецкий АО	3 817	3 803	99,6%	4 154	4 137	99,6%
Сибирский ФО	62 552	63 076	100,8%	59 208	59 279	100,1%
Республика Алтай	1 019	1 027	100,8%	1 019	1 019	100,0%
Республика Бурятия	5 829	6 299	108,1%	6 309	6 309	100,0%

Окончание таблицы 6

Субъект Российской Федерации	Численность детей, подлежащих диспансеризации в 2011 году согласно планам-графикам субъектов Российской Федерации (чел.)	Численность детей, прошедших диспансеризацию в 2011 году (чел.)	Процент выполнения плана диспансеризации в 2011 году	Численность детей, подлежащих диспансеризации в 2012 году согласно планам-графикам субъектов Российской Федерации (чел.)	Численность детей, прошедших диспансеризацию в 2012 году (чел.)	Процент выполнения плана диспансеризации в 2012 году
1	2	3	4	6	7	8
Республика Тыва	2 192	2 193	100,0%	2 160	2 178	100,8%
Республика Хакасия	1 904	1 904	100,0%	1 810	1 798	99,3%
Алтайский край	6 502	6 514	100,2%	4 934	5 021	101,8%
Забайкальский край	4 457	4 457	100,0%	4 497	4 497	100,0%
Красноярский край	7 125	7 125	100,0%	6 808	6 808	100,0%
Иркутская область	7 581	7 559	99,7%	7 439	7 402	99,5%
Кемеровская область	12 788	12 843	100,4%	11 952	11 967	100,1%
Новосибирская область	5 169	5 169	100,0%	4 975	4 975	100,0%
Омская область	4 830	4 830	100,0%	4 238	4 238	100,0%
Томская область	3 156	3 156	100,0%	3 067	3 067	100,0%
Дальневосточный ФО	22 983	22 770	99,1%	21 850	21 831	99,9%
Республика Саха (Якутия)	3 244	3 211	99,0%	3 054	3 054	100,0%
Камчатский край	1 256	1 042	83,0%	1 026	914	89,1%
Приморский край	6 710	6 774	101,0%	6 474	6 497	100,4%
Хабаровский край	4 432	4 427	99,9%	4 242	4 240	100,0%
Амурская область	3 647	3 647	100,0%	3 646	3 646	100,0%
Магаданская область	753	710	94,3%	564	564	100,0%
Сахалинская область	1 332	1 332	100,0%	1 317	1 284	97,5%
Еврейская автономная область	821	811	98,8%	787	775	98,5%
Чукотский АО	788	816	103,6%	740	857	115,8%

Таблица 7
СВЕДЕНИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ СУБСИДИЙ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА РЕАЛИЗАЦИЮ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ МОДЕРНИЗАЦИИ И ЗАДРАВООХРАНЕНИЯ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

1	Предоставлено субсидии, всего, тыс. рублей			В том числе на:								
	2	3	4	укрепление материально-технической базы медицинских учреждений		внедрение современных информационных систем в здравоохранение		внедрение стандартов медицинской помощи				
				2011-2012 годы	в том числе в 2012 году	2011-2012 годы	в том числе в 2012 году	2011-2012 годы	в том числе в 2012 году			
Российская Федерация	420 121 034,0	229 698 034,0	280 609 734,1	138 918 247,7	20 244 219,7	10 723 068,1	119 267 080,2	80 056 718,2				
Центральный ФО	122 764 877,0	66 562 371,0	101 195 824,2	53 043 461,3	5 822 128,1	3 012 002,5	15 746 924,7	10 506 907,2				
Белгородская область	3 530 242,0	1 943 593,0	2 130 168,6	1 036 581,0	160 538,5	81 206,0	1 239 534,9	825 806,0				
Брянская область	3 586 591,0	1 969 546,0	2 200 429,8	1 052 109,7	163 613,9	82 761,6	1 222 547,3	834 674,7				
Владимирская область	3 998 665,0	2 202 843,0	3 154 269,6	1 698 196,8	183 109,0	93 317,9	661 286,4	411 328,3				
Воронежская область	6 258 539,0	3 634 327,0	3 873 608,4	2 067 678,0	265 519,9	134 309,3	2 119 410,7	1 432 339,7				
Ивановская область	3 335 613,0	1 984 861,0	1 979 466,6	1 055 922,7	136 670,2	69 132,6	1 219 476,2	859 805,7				
Калужская область	3 152 976,0	1 657 988,0	2 173 342,9	1 030 769,3	151 264,1	76 514,7	828 369,0	550 704,0				
Костромская область	2 175 010,0	1 189 618,0	1 501 387,0	750 176,1	99 702,8	50 433,2	573 920,2	389 008,7				
Курская область	2 914 566,0	1 594 750,0	1 421 437,4	578 563,6	173 540,0	107 549,2	1 319 588,6	908 637,2				
Липецкая область	2 992 361,0	1 816 781,0	2 122 814,5	1 250 950,2	163 053,1	104 274,1	706 493,4	461 556,7				
Московская область	16 738 649,0	8 969 156,0	15 836 494,4	8 571 507,2	786 123,5	397 648,8	116 031,1	0,0				
Орловская область	2 281 277,0	1 207 528,0	1 312 185,5	564 428,8	108 642,9	54 955,4	860 448,6	588 143,8				
Рязанская область	3 645 300,0	2 140 743,0	2 411 426,0	1 311 749,0	152 232,4	77 004,5	1 081 641,6	751 989,5				
Смоленская область	3 666 688,0	2 151 922,0	2 708 097,1	1 536 872,4	153 265,3	77 527,0	805 325,6	537 522,6				
Тамбовская область	3 237 797,0	1 771 087,0	2 114 279,3	1 033 099,7	148 402,9	75 067,4	975 114,8	662 919,9				
Тверская область	2 927 562,0	1 565 612,0	2 090 815,0	1 047 124,1	137 803,2	69 705,7	698 943,8	448 782,2				
Тульская область	4 505 008,0	2 372 628,0	3 273 542,8	1 579 945,3	215 755,9	109 136,9	1 015 709,3	683 545,8				
Ярославская область	3 545 908,0	1 966 949,0	3 033 064,4	1 675 994,2	209 760,4	130 812,4	303 083,2	160 142,4				
г. Москва	50 272 125,0	26 422 439,0	47 858 994,9	25 201 793,2	2 413 130,1	1 220 645,8	0,0	0,0				
Северо-Западный ФО	48 871 930,0	27 085 532,0	32 932 836,8	16 743 009,9	2 308 612,7	1 219 292,6	13 630 480,5	9 123 229,5				
Республика Карелия	3 386 325,0	1 994 418,0	1 788 473,8	909 936,7	166 816,3	97 220,9	1 431 034,9	987 260,4				
Республика Коми	4 056 897,0	2 155 191,0	2 437 616,1	1 104 071,6	192 416,2	97 330,9	1 426 864,7	953 788,5				
Архангельская область	5 167 515,0	2 813 134,0	1 977 224,0	654 022,2	238 218,2	120 499,1	2 952 072,8	2 038 612,7				
Вологодская область	4 173 424,0	2 446 458,0	2 953 867,2	1 673 411,9	174 735,8	88 387,5	1 044 821,0	684 658,6				
Калининградская область	2 964 588,0	1 557 408,0	1 517 162,3	613 012,0	142 379,6	72 020,6	1 305 046,1	872 375,4				
Ленинградская область	2 679 757,0	1 440 543,0	2 554 372,3	1 377 119,0	125 384,7	63 424,0	0,0	0,0				
Мурманская область	3 721 042,0	1 977 687,0	1 939 942,2	806 539,4	176 394,1	89 226,3	1 604 705,7	1 081 921,3				

Субъекты Российской Федерации	Предоставлено субсидии, всего, тыс. рублей			В том числе на:								
	2011-2012 годы	в том числе в 2012 году	3	укрепление материально-технической базы медицинских учреждений			внедрение современных информационных систем в здравоохранение			внедрение стандартов медицинской помощи		
				2011-2012 годы	4	5	2011-2012 годы	6	7	2011-2012 годы	8	9
1	2	3	4	5	6	7	8	9				
Новгородская область	2 725 301,0	1 419 885,0	2 092 514,9	1 019 490,6	132 083,1	66 812,3	500 703,0	333 582,1				
Псковская область	2 838 846,0	1 480 461,0	1 953 024,1	898 603,2	137 442,6	69 523,3	748 379,3	512 334,5				
г. Санкт-Петербург	16 897 007,0	9 653 441,0	13 473 136,1	7 545 748,4	811 174,9	448 996,6	2 612 696,0	1 658 696,0				
Ненецкий автономный округ	261 228,0	146 906,0	245 503,8	141 054,9	11 567,2	5 851,1	4 157,0	0,0				
Южный ФО	31 125 150,0	16 850 663,0	20 707 419,9	10 118 026,0	1 566 776,2	853 051,7	8 850 953,9	5 879 585,3				
Республика Адыгея	956 877,0	533 755,0	720 169,9	388 246,2	42 811,8	21 655,7	193 895,3	123 853,1				
Республика Калмыкия	1 080 328,0	586 477,0	622 701,1	278 581,3	49 968,3	25 275,7	407 658,6	282 620,0				
Краснодарский край	10 885 880,0	6 021 860,0	7 024 452,4	3 515 246,5	492 145,4	248 944,4	3 369 282,2	2 257 669,1				
Астраханская область	2 260 363,0	1 238 332,0	976 036,6	374 437,9	108 410,0	57 308,4	1 175 916,4	806 585,7				
Волгоградская область	6 021 613,0	3 204 076,0	3 628 466,2	1 645 309,4	285 080,7	144 203,8	2 108 066,1	1 414 562,8				
Ростовская область	9 920 089,0	5 266 163,0	7 735 593,7	3 916 204,7	588 360,0	355 663,7	1 596 135,3	994 294,6				
Северо-Кавказский ФО	21 271 997,0	11 600 656,0	11 310 771,9	4 951 846,5	1 087 748,3	604 181,1	8 873 476,8	6 044 628,4				
Республика Дагестан	6 486 398,0	3 535 748,0	2 438 141,9	773 924,2	342 073,2	194 540,7	3 706 182,9	2 567 283,1				
Республика Ингушетия	1 392 869,0	730 652,0	811 555,7	349 816,6	67 003,7	33 892,8	514 309,6	346 942,6				
Кабардино-Балкарская Республика	1 836 075,0	976 478,0	662 293,8	184 569,8	86 974,8	43 994,9	1 086 806,4	747 913,3				
Карачаево-Черкесская Республика	1 115 013,0	619 838,0	907 988,7	497 062,5	53 102,3	28 343,5	153 922,0	94 432,0				
Республика Северная Осетия - Алания	1 815 141,0	962 127,0	1 103 289,4	505 397,9	86 308,7	43 658,0	625 542,9	413 071,1				
Чеченская Республика	2 234 052,0	1 252 824,0	1 501 518,0	768 616,5	140 651,4	91 590,0	591 882,6	392 617,5				
Ставропольский край	6 392 449,0	3 522 989,0	3 885 984,4	1 872 459,0	311 634,2	168 161,2	2 194 830,4	1 482 368,8				
Приволжский ФО	75 889 382,0	42 013 014,0	50 181 774,0	25 622 334,6	3 568 794,8	1 874 976,2	22 138 813,2	14 515 703,2				
Республика Башкортостан	8 698 636,0	4 782 502,0	3 323 694,7	1 182 536,1	436 237,5	240 430,8	4 938 703,8	3 359 535,1				
Республика Марий Эл	1 533 818,0	839 574,0	583 921,0	199 998,8	70 244,2	35 532,0	879 652,8	604 043,2				
Республика Мордовия	2 313 249,0	1 396 485,0	1 474 491,3	954 195,1	101 758,9	55 920,7	736 998,8	386 369,2				
Республика Татарстан	9 377 118,0	5 466 279,0	7 004 344,7	3 960 067,0	395 701,8	200 159,8	1 977 071,5	1 306 052,2				
Удмуртская Республика	4 213 083,0	2 237 101,0	3 798 643,2	2 135 968,6	199 931,5	101 132,4	214 508,3	0,0				
Чувашская Республика	3 036 606,0	1 689 318,0	2 298 517,1	1 200 929,9	176 319,7	108 955,3	561 769,2	379 432,8				
Пермский край	6 076 107,0	3 338 354,0	2 227 207,9	816 187,6	277 008,1	140 120,4	3 571 891,0	2 382 046,0				
Кировская область	3 783 313,0	2 077 331,0	2 189 709,1	1 021 184,4	172 612,6	87 313,5	1 420 991,3	968 833,1				

Окончание таблицы 7

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Нижегородская область	8 469 047,0	4 488 545,0	7 622 172,9	4 113 525,1	402 750,4	203 725,3	444 123,7	171 294,6
Оренбургская область	5 623 199,0	3 108 775,0	4 043 728,2	2 126 456,1	254 411,4	128 690,2	1 325 059,4	853 628,7
Пензенская область	3 903 209,0	2 146 259,0	2 873 362,5	1 490 061,7	177 769,6	89 922,1	852 076,9	566 275,2
Самарская область	8 781 759,0	4 850 506,0	6 678 426,1	3 506 857,5	397 767,4	201 204,7	1 705 565,5	1 142 443,8
Саратовская область	6 885 523,0	3 896 008,0	4 049 783,6	1 999 711,2	342 481,6	193 005,8	2 493 257,8	1 703 291,0
Ульяновская область	3 194 715,0	1 695 977,0	2 013 771,7	914 655,5	163 800,1	88 863,2	1 017 143,2	692 458,3
Уральский ФО	33 154 108,0	18 141 149,0	18 929 063,7	8 732 456,1	1 610 465,4	859 817,3	12 614 578,9	8 548 875,6
Курганская область	2 743 660,0	1 498 050,0	1 347 024,1	529 561,0	177 450,8	115 170,3	1 219 185,1	853 318,7
Свердловская область	11 155 616,0	5 953 603,0	4 941 252,7	1 848 923,6	526 343,9	266 243,2	5 688 019,4	3 838 436,2
Тюменская область	4 348 699,0	2 429 747,0	4 114 514,9	2 291 510,5	234 184,1	138 236,5	0,0	0,0
Челябинская область	10 490 068,0	5 729 937,0	6 098 946,9	2 851 794,4	481 633,9	243 627,3	3 909 487,2	2 634 515,3
Ханты-Мансийский а.о. - Югра	3 110 558,0	1 797 855,0	1 727 666,3	879 384,1	132 820,4	67 185,2	1 250 071,3	851 285,7
Ямало-Ненецкий а.о.	1 305 507,0	731 957,0	699 658,8	331 282,5	58 032,3	29 354,8	547 815,9	371 319,7
Сибирский ФО	60 639 368,0	33 067 185,0	30 123 539,0	12 670 648,9	3 017 093,0	1 638 483,6	27 498 736,0	18 758 052,5
Республика Алтай	843 413,0	450 378,0	341 916,5	108 044,1	43 307,7	23 655,9	458 188,8	318 678,0
Республика Бурятия	3 382 263,0	1 849 145,0	1 377 294,9	492 273,8	164 002,1	87 346,2	1 840 966,0	1 269 525,0
Республика Тыва	1 421 558,0	757 214,0	891 292,9	413 111,1	67 218,9	34 001,7	463 046,2	310 101,2
Республика Хакасия	1 861 676,0	1 011 928,0	638 998,7	204 344,4	110 728,2	68 240,8	1 111 949,1	739 342,8
Алтайский край	6 730 583,0	3 573 377,0	3 791 341,7	1 608 317,2	372 595,5	214 735,2	2 566 645,8	1 750 324,6
Забайкальский край (Чита)	4 634 503,0	2 732 076,0	2 064 598,0	912 496,2	304 489,2	209 367,8	2 265 415,8	1 610 212,0
Красноярский край	9 576 349,0	5 268 143,0	5 267 777,9	2 454 625,6	435 907,8	220 497,5	3 872 663,3	2 593 019,9
Иркутская область	9 170 336,0	4 994 000,0	4 051 520,4	1 541 510,5	437 565,0	228 748,2	4 681 250,6	3 223 741,3
Кемеровская область	7 817 553,0	4 279 064,0	4 238 642,3	1 909 816,6	368 027,2	191 102,7	3 210 883,5	2 178 144,7
Новосибирская область	7 309 567,0	3 883 316,0	4 098 492,3	1 787 695,0	346 670,9	175 358,3	2 864 403,8	1 920 262,7
Омская область	4 565 882,0	2 443 492,0	1 894 157,4	645 825,8	214 745,2	108 625,7	2 456 979,4	1 689 040,5
Томская область	3 325 685,0	1 825 052,0	1 467 506,0	592 588,6	151 835,3	76 803,6	1 706 343,7	1 155 659,8
Дальневосточный ФО	26 404 222,0	14 377 464,0	15 228 504,6	7 036 464,4	1 262 601,2	661 263,1	9 913 116,2	6 679 736,5
Республика Саха (Якутия)	5 012 328,0	2 689 196,0	3 114 867,7	1 459 124,7	241 056,4	124 899,8	1 656 403,9	1 105 171,5
Камчатский край	2 182 706,0	1 208 845,0	1 780 753,7	966 413,1	123 528,0	74 834,9	278 424,3	167 597,0
Приморский край	6 449 174,0	3 530 240,0	3 528 950,6	1 602 946,2	295 340,1	149 393,4	2 624 883,3	1 777 900,4
Хабаровский край	5 133 429,0	2 819 857,0	2 701 482,5	1 216 388,0	234 089,1	118 410,5	2 197 857,4	1 485 058,5
Амурская область	2 514 983,0	1 348 416,0	1 361 610,1	587 124,8	118 034,3	59 705,9	1 035 338,6	701 585,3
Магаданская область	1 832 416,0	994 390,0	1 292 410,5	640 361,1	84 792,1	42 890,8	455 213,4	311 138,1
Сахалинская область	2 355 851,0	1 290 937,0	876 470,0	295 149,2	122 480,8	69 235,1	1 356 900,2	926 552,7
Еврейская автономная область	563 586,0	302 135,0	229 037,0	84 020,7	26 453,9	13 381,3	308 095,1	204 733,0
Чукотский автономный округ	359 749,0	193 448,0	342 922,5	184 936,6	16 826,5	8 511,4	0,0	0,0

УДК 614.2

Влияние нового законодательства об обязательном медицинском страховании на деятельность страховых медицинских организаций

С.А. Карчевская¹, С.Г. Кравчук¹, Е.Г. Потапчик², Е.В. Селезнева², С.В. Шишкин²

¹Федеральный фонд обязательного медицинского страхования;

²Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»



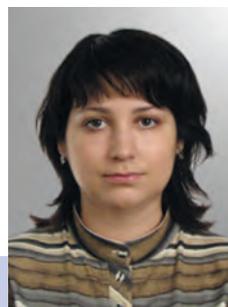
С.А. Карчевская



С.Г. Кравчук



Е.Г. Потапчик



Е.В. Селезнева



С.В. Шишкин

Резюме

В статье представлены результаты социологического опроса руководителей страховых медицинских организаций, участвующих в ОМС, проведенного в 2012 году Федеральным фондом обязательного медицинского страхования совместно с НИУ ВШЭ. Анализ полученных ответов респондентов свидетельствует о том, что внедрение нового закона об ОМС привело к усилению конкуренции между страховыми медицинскими организациями, способствовало активизации их деятельности по информированию насе-

ления и проведению медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи. Оценка действенности новых представленных в законе механизмов стимулирования СМО к оптимизации средств ОМС может быть осуществлена по прошествии более длительного периода реализации закона.

Ключевые слова: страховая медицинская организация, конкуренция, информированность населения, качество медицинской помощи.

Abstract

Impact of implementation of new obligatory medical insurance legislation on health insurance company's activities

S.A. Karchevskaya¹, S.G. Kravchuk¹, E.G. Potapchik², E.V. Selezneva², S.V. Shishkin²

¹The Federal Obligatory Medical Insurance Fund;

²The National Research University "Higher School of Economics"

Results of sociological survey of heads of insurance companies working under obligatory medical insurance system are presented in the article. The survey was carried out by the Federal Obligatory Medical Insurance Fund jointly with the National Research University "Higher School of Economics". Analysis of respondent's answers demonstrated that implementation of new obligatory medical insurance law have led to strengthening of competition among insurance companies, facilitated activation of their activities on

informing population and execution of medical and economic and quality of medical care expertise. Efficacy evaluation of newly introduced in the law mechanisms aimed to create incentives for insurance companies to optimize obligatory medical insurance funds could be performed long after implementation of the law.

Key words: health insurance company, competition, quality of medical care.

Вопрос о том, какую роль должны выполнять страховые медицинские организации (СМО) в системе обязательного медицинского страхования, привлекает большое общественное внимание. Он, в частности, обсуждался в числе ключевых проблем здравоохранения на заседании Президиума Государственного Совета Российской Федерации, которое состоялось 30 июля 2013 года и было посвящено задачам субъектов Российской Федерации по повышению доступности и качества медицинской помощи [1]. В недавнем прошлом в деятельности СМО доминировала функция финансового посредника в движении средств в системе ОМС, они не имели заинтересованности в повышении эффективности использования этих средств [2, 6].

Закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», вступивший в силу с 1 января 2011 года [5], и принятые впоследствии нормативные акты, конкретизирующие его положения [3, 4], изменили институциональные условия деятельности страховых медицинских организаций (СМО): гражданам предоставлено право самостоятельного выбора СМО без посредников в лице работодателей и органов власти, повышены требования к уставному капиталу СМО, расширены возможности их участия в планировании объемов медицинской помощи, оплачиваемой из средств ОМС, введены механизмы стимулирования СМО к эффективному выполнению возложенных на них функций и др. Нормы закона вводились в действие поэтапно, и, в частности, новые правила формирования собственных средств СМО вступили в силу только спустя год после принятия закона, т.е. с 1 января 2012 года.

Какое же влияние эти новые нормы оказывают на деятельность СМО? Поиск ответа на этот вопрос стал предметом исследования, выполненного Национальным исследовательским университетом «Высшая школа экономики» (НИУ ВШЭ)¹ в сотрудничестве с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования при содействии со стороны Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Для получения данных, необходимых для ответа на поставленный вопрос, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования провел в 2012 году социологический опрос руководителей страховых медицинских организаций и их филиалов, работающих в системе обязательного медицинского страхования. Анкета для проведения опроса была совместно разработана специалистами НИУ ВШЭ и Федерального фонда. Заполненные анкеты были получены от 70 страховых медицинских организаций, работающих в ОМС во всех субъектах РФ, а об-

щее число респондентов (ими выступали также филиалы СМО в субъектах РФ) составило 289. Наиболее значимые результаты анализа полученных данных представлены в настоящей статье и в последующей публикации.

Общая оценка влияния введения нового закона об ОМС на деятельность СМО

Данные опроса показали, что новое законодательство об ОМС уже стало оказывать заметное влияние на деятельность страховых организаций. По мнению руководителей СМО и их филиалов, главными результатами стали увеличение объемов проведения медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи (более чем 90% респондентов отметили этот результат) и усиление конкуренции между СМО (72%). Более половины респондентов отметили также привлечение к проведению экспертиз более квалифицированных экспертов (рис. 1).

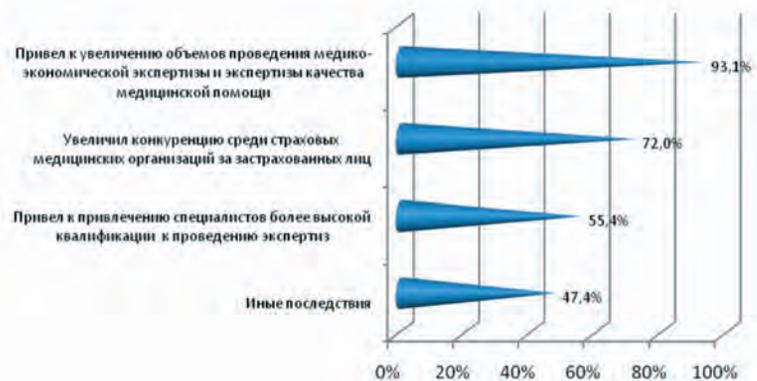


Рис. 1. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Каким образом Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» повлиял на деятельность Вашей страховой медицинской организации?»
Источник: опрос СМО в 2012 году

Почти половина респондентов указали иные последствия, помимо предложенных в анкете трех вариантов ответа. Абсолютное большинство из этих респондентов (90%) отметили значительное увеличение расходов страховых медицинских организаций на ведение ОМС, обусловленное ростом документооборота и соответствующей обработкой данных и подготовкой отчетности, внедрением автоматизированных систем и обеспечением более широкого доступа к СМО (организация колл-центров, электронных способов оповещения застрахованных и др.), необходимостью повышения квалификации работников СМО и т.д.

Оценка уровня конкуренции между СМО

Руководители СМО считают, что уровень конкуренции между этими организациями в системе ОМС достаточно высок. Более 70% респондентов оценили уровень кон-

¹ Исследование проведено в рамках Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ 2012 г.

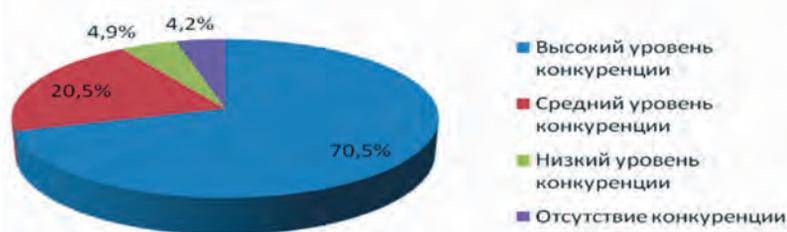


Рис. 2. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Как Вы оцениваете существующий уровень конкуренции с другими страховыми медицинскими организациями за привлечение застрахованных лиц по ОМС?»

Источник: опрос СМО в 2012 году

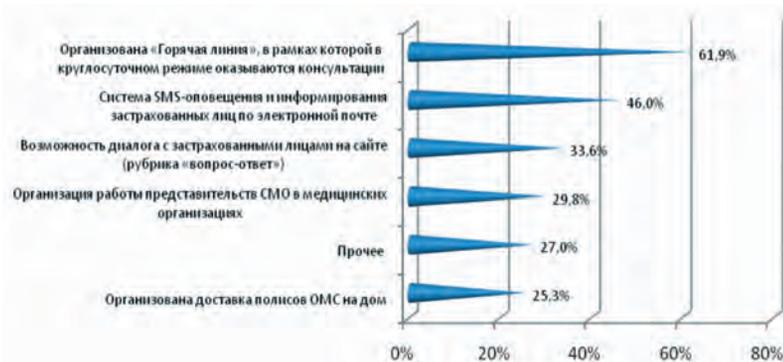


Рис. 3. Распределение ответов респондентов на вопрос: «В чем состоят главные конкурентные преимущества Вашей организации (филиала)? (Пожалуйста, отметьте не более двух вариантов ответа)»

Источник: опрос СМО в 2012 году

куренции как высокий. Лишь около 4% респондентов считают, что конкуренции в системе ОМС нет, и около 5% опрошенных оценивают уровень конкуренции как низкий (рис. 2). Отсутствие конкуренции или слабый ее уровень отмечают в основном СМО, располагающиеся в наименее экономически развитых регионах, и респонденты из регионов, где действует одна СМО.

К наиболее значимым конкурентным преимуществам своей СМО респонденты относят обеспечение круглосуточной доступности своих услуг посредством организации «горячей линии» (его указали более 60% опрошенных) и информирование застрахованных с использованием средств мобильной связи и электронной почты (46%). Такие конкурентные преимущества, как возможность общения на сайте и организация работы представительств в медицинских организациях, были выделены примерно одной третью респондентов. В четверти случаев отмечена доставка полисов ОМС на дом (рис. 3). Среди прочих преимуществ чаще всего упоминались преимущества, которые, по сути, являются иными формулировками выше указанных вариантов ответа. Например, ответ нескольких респондентов «Обеспечение доступности в течение 24 часов» очень близок первому варианту ответа - «Организована «горячая линия», в

рамках которой к круглосуточному режиму оказываются консультации».

Деятельность СМО по привлечению застрахованных

Какие мероприятия проводят СМО для поддержания размера своего страхового поля и привлечения новых застрахованных лиц, и какова их результативность? Почти все респонденты указали на создание комфортных условий для граждан (это отметили 98% респондентов), или, другими словами, на осуществление мероприятий по повышению доступности предоставляемых в офисах страховых организаций услуг: сокращение очередей, продление времени работы офисов и т.д. Также подавляющее большинство опрошенных выделили повышение информированности граждан о деятельности своей организации в сети Интернет (97%) и средствах массовой информации (92%) (рис. 4.). Реже всего из предложенного ряда ответов (65,7%) респонденты выбирали мероприятия, направленные на организацию выездной работы СМО по выдаче полисов относительно малочисленным группам людей, живущим в малых населенных пунктах. Лишь в более чем трети случаев респонденты (36%) заполняли ответ «Прочие мероприятия». Среди прочих мероприятий чаще всего упоминались такие, как увеличение числа

пунктов выдачи полисов, встречи с населением районов, встречи с трудовыми коллективами, доставка полисов на дом лицам с ограниченными возможностями, пожилым и иным лицам.

По мнению респондентов, мероприятия, направленные на расширение поля застрахованных, которые применялись наиболее часто, оказались наиболее результативными. Мероприятия, направленные на повышение доступности услуг в офисах СМО/филиалов и на улучшение информированности граждан о деятельности СМО с применением СМИ и Интернета, назывались среди самых результативных мероприятий по привлечению дополнительных застрахованных (рис. 5). Частота упоминания респондентами этих мероприятий в качестве результативных составляла соответственно 80, 78 и 58%.

Вызывает определенный интерес тот факт, что, несмотря на то, что мероприятия, направленные на организацию выездной работы страховых организаций, упоминаются в качестве наименее распространенных в практике работы СМО, их результативность была оценена большим числом респондентов (46%), чем результативность информационных мероприятий, не использующих средства массовой информации и Интернет (25%).

Среди прочих мероприятий респонденты чаще всего

упоминали такие, как проведение встреч с общественностью, включая встречи с трудовыми коллективами, и повышение физической доступности услуг СМО (организация дополнительных пунктов выдачи полисов, их доставка по месту нахождения застрахованного).

Следует отметить, что функция СМО по информированию населения о своей деятельности всегда предполагалась, но ранее не была требованием законодательства. Закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (часть 9 статьи 14) устанавливает эту функцию и целый ряд требований к ее выполнению. В рамках проводимого опроса выяснялось, что изменилось в деятельности СМО по информированию населения после принятия нового федерального закона об ОМС. Согласно полученным ответам руководителей СМО и их филиалов (рис. 6), повышение информированности населения о деятельности СМО чаще всего обеспечивалось совершенствованием интернет-сайта и предоставлением возможности прямого обращения застрахованных в СМО через электронные средства связи – в 90% случаев респонденты отмечали именно эти направления. Достаточно часто упоминались и такие мероприятия, как открытие горячей линии связи и публикации в СМИ – соответственно в 77 и 65% случаев. Менее распространенными ответами оказались указания на мероприятия, информирующие население непосредственно о медицинских услугах и их качестве – предоставление большей информации о масштабах и результатах экспертиз, проводимых СМО, и о работе самих медицинских учреждений (51 и 41% упоминаний соответственно).

Влияние СМО на качество медицинской помощи

В рамках проводимого исследования была предпринята попытка оценить степень возможного влияния СМО на совершенствование качества медицинской помощи. Респондентам задавались вопросы о том, кому направляются предложения по снижению дефектов в работе клинических отделений медицинских организаций, выявленных в ходе тематических экспертиз, и о возможном уровне результативности этих предложений, определяемом принятием в результате предложений каких-либо действий субъектами системы ОМС.

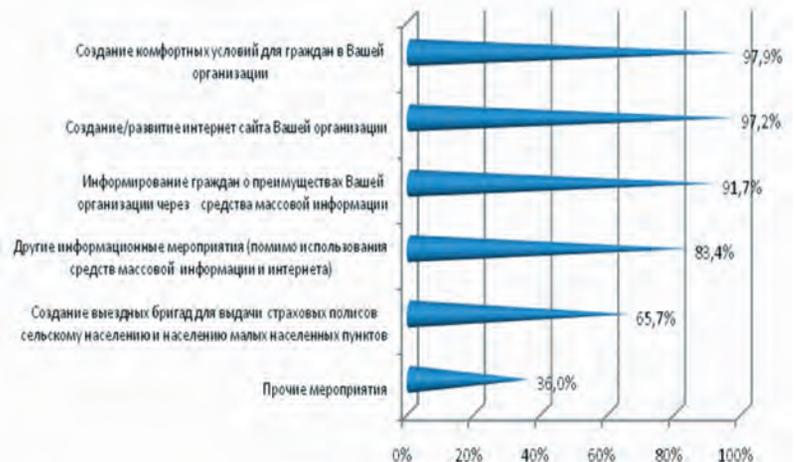


Рис. 4. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Какие мероприятия проводила Ваша организация (филиал) в 2011-2012 годах, чтобы привлечь застрахованных лиц? (Можно выбрать несколько вариантов ответа)»
Источник: опрос СМО в 2012 году

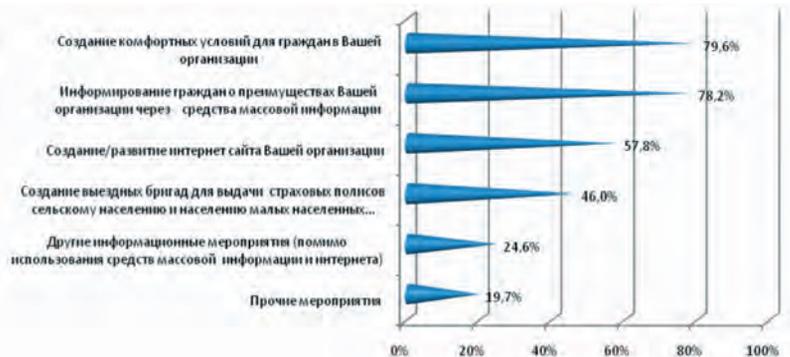


Рис. 5. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Укажите, пожалуйста, какие мероприятия позволяют привлечь больше застрахованных (Отметьте, пожалуйста, два или три наиболее результативных мероприятия)»
Источник: опрос СМО в 2012 году

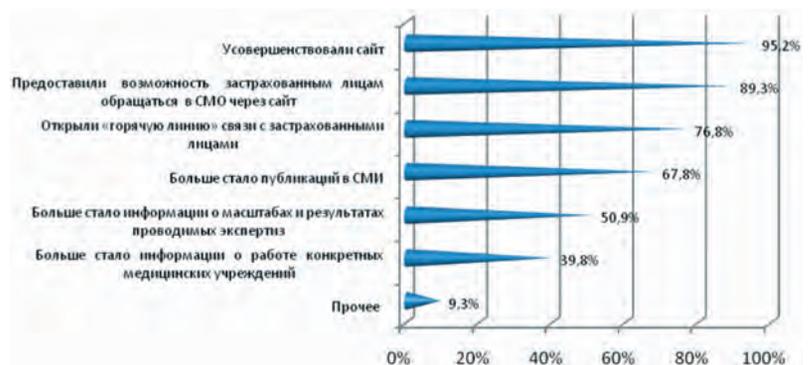


Рис. 6. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Что изменилось в деятельности Вашей организации (филиале) по информированию населения после принятия Федерального закона? (Можно выбрать несколько вариантов ответа)»
Источник: опрос СМО в 2012 году

Подавляющее большинство страховых медицинских организаций (89%) направляет свои предложения по снижению дефектов в работе клинических отделений,

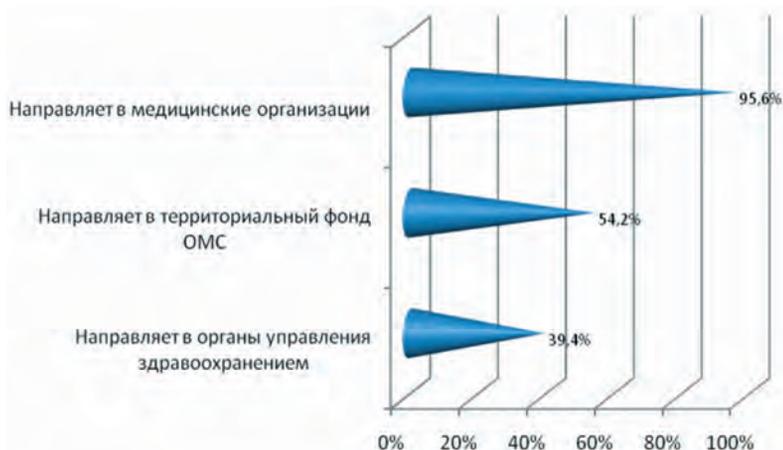


Рис. 7. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Направляет ли Ваша организация (филиал) и кому именно предложения по снижению дефектов в работе клинических отделений медицинских организаций, которые были выявлены в ходе тематических экспертиз?»
 Источник: Опрос СМО в 2012 году

выявленных в ходе тематических экспертиз, либо в медицинские организации, либо в органы управления здравоохранением или территориальные фонды ОМС. Лишь 11,3% респондентов проводят тематические экспертизы и не направляют предложения, направленные на совершенствование оказания медицинской помощи по результатам экспертиз, ни в одну из упомянутых выше организаций.

Среди респондентов, направляющих свои предложения по совершенствованию медицинской помощи в какую-либо организацию, практически все представляют разработанные ими предложения в сами медицинские организации (в 96% случаев), более половины - в территориальные фонды ОМС и реже всего направляют свои предложения в органы управления здравоохранением (менее чем в 40% случаев) (рис. 7).

Но, к сожалению, уровень результативности разрабатываемых страховыми медицинскими организациями предложений по повышению качества предоставляемой застрахованным медицинской помощи является невысоким. Почти в половине случаев (48%) информация о каких-либо предпринятых действиях, направленных на устранение выявленных в ходе проведения тематических экспертиз дефектов в лечении пациентов, отсутствует. Лишь 12% респондентов отметили, что разработанные ими и направленные в какую-либо организацию предложения реализуются в 50 и более процентов случаев (рис. 8).

Проведенное исследование позволяет сделать следующее заключение. Новое законодательство об обязательном медицинском страховании усилило конкуренцию между СМО и активизировало их деятельность по



Рис. 8. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Если Ваша организация (филиал) направляла предложения по снижению дефектов, выявляемых на основе тематических экспертиз, то оцените, пожалуйста, долю предложений Вашей организации, по результатам которых были предприняты органами управления здравоохранения, территориальным фондом ОМС или медицинскими организациями какие-либо действия».
 Источник: опрос СМО в 2012 году

информированию населения, проведению медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи. Но влияние СМО на повышение качества медицинской помощи застрахованным в прошлом году оставалось мало значимым. Однако для того, чтобы обоснованно судить о действенности новых механизмов стимулирования СМО к оптимизации использования средств ОМС и о конечных результатах усиления их активности, необходимо проанализировать их работу в течение более длительного периода времени, как минимум, в 2011-2013 гг.

Литература:

1. Заседание президиума Госсовета о повышении доступности и качества медицинской помощи в регионах. 30 июля 2013 года. <http://www.kremlin.ru/news/18973>.
2. Модернизация здравоохранения: новая ситуация и новые задачи. /Под ред.: И.М. Шеймана, С.В. Шишкина. – М.: Изд-во «Дело»; РАНХ, 2010. – 232 с.
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».
4. Приказ Федерального Фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».
5. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
6. Шейман И.М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. – М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2008. – 318 с.

Для корреспонденции:

Карчевская Светлана Александровна – заместитель Председателя ФОМС, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
Адрес: 127994, г. Москва, ул. Новослободская, д. 37, тел.: 8 (495) 609-26-19, 8 (495) 987-03-80, доб.1001.

Кравчук Светлана Георгиевна – начальник Управления организации ОМС ФОМС, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
Адрес: 127994, г. Москва, ул. Новослободская, д. 37, тел.: 8 (499)-973 49-36, 8 (495) 987-03-80, доб.1021.

Потапчик Елена Георгиевна – к.э.н., ведущий научный сотрудник Института экономики здравоохранения НИУ «Высшая школа экономики»
Адрес: 109074, Москва, Славянская площадь, д. 4, стр. 2 (к. 409); тел.: 8 (495) 698-34-21; e-mail: epotapchik@hse.ru

Селезнева Елена Владимировна – аспирант кафедры управления и экономики здравоохранения НИУ «Высшая школа экономики»
Адрес: 101000, Москва, ул. Мясницкая, д. 20 (к. 546); тел.: 8 (495) 621-63-97; e-mail: evselezneva@hse.ru

Шишкин Сергей Владимирович – д.э.н., научный руководитель Института экономики здравоохранения НИУ «Высшая школа экономики»
Адрес: 101000, Москва, ул. Мясницкая, д. 20 (к. 546); тел.: 8 (495) 621-63-97; e-mail: shishkin@hse.ru

For correspondence:

Svetlana A. Karchevskaya – Deputy Chairman of the FCHIF, tel.: 8 (495) 609-26-19, 8 (495) 987-03-80, add.1001.

Svetlana G. Kravchuk – Head of the Department for OMI FOMI Organization, tel.: 8 (499)-973 49-36, 8 (495) 987-03-80, add.1021.
The Federal compulsory health insurance fund, Address: 37, Ul. Novoslobodskaya, Moscow, 127994, Russia

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

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

Sergey V. Shishkin – Research Director of the Institute for Health Economics of the National Research University - the Higher School of Economics, PhD, Dr. Economical Sciences, Tel. off.: 8 (495) 621-63-97, E-mail: shishkin@hse.ru
Address: The Institute for Health Economics of the National Research University - the Higher School of Economics, 20, Ul. Myasnitskaya, Moscow, 101000, Russia

УДК 614.2

Региональная система контроля качества медицинской помощи при диспансерном наблюдении беременных

В.И. Сабанов, О.С. Емельянова, В.В. Иваненко

*Волгоградский государственный медицинский университет,
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения*



В.И. Сабанов



О.С. Емельянова



В.В. Иваненко

Резюме

Представлены результаты экспертных оценок качества и технологии оказания медицинской помощи при диспансерном наблюдении беременных в лечебных учреждениях Волгоградской области.

Ключевые слова: беременность, экспертиза, качество медицинской помощи, дефекты.

Abstract

Regional monitoring system quality medical care for pregnant dispensary observation

V.I. Sabanov, O.S. Emelyanova, V.V. Ivanenko

Volgograd state medical university, The department of public health system

The results of the evaluations expertnoy quality and technology of care for pregnant medical observation in hospitals of the Volgograd region.

Key words: pregnancy, expertise, quality of care, the defects.

В системе охраны материнства и детства амбулаторно-поликлиническая служба занимает ведущее место. На ее долю приходится большая часть медицинских услуг, в том числе и диспансерное наблюдение женщин во время беременности. Основной задачей диспансеризации беременных являются мероприятия по предупреждению и ранней диагностике возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных, от качества проведения которых во многом зависит исход родов для женщины и ребенка [3].

Цель

Оценить качество медицинской помощи и выявить системные дефекты в работе врачей лечебных учреждений, осуществляющих диспансерное наблюдение беременных в Волгоградской области за период 2008-2011 гг.

Материал и методы

В 2007 г. для объективизации оценки качества и повышения эффективности медицинской помощи женщинам во время беременности в лечебных учреждениях Волгоградской области была внедрена унифицированная формализованная экспертная карта по оценке качества и технологии оказания диспансерного наблюдения за беременными, разработана математическая модель и программа автоматизированной обработки результатов экспертизы. Использование данной системы мониторинга качества медицинской помощи (КМП) беременным позволяет с помощью статистических методов осуществлять управление КМП, проводить сравнительный анализ работы отдельных врачей и структурных подразделений в целом, выявлять дефекты на конкретных этапах технологического процесса, создавать базу данных результатов проведенных по единой технологии экспертиз во всех лечебных учреждениях региона [2].

С 2008 г. проведение экспертиз стало обязательным для всех лечебных учреждений, осуществляющих диспансерное наблюдение беременных. Это позволило

сформировать единую централизованную информационно-аналитическую систему мониторинга качества и технологии диспансеризации женщин во время беременности в Волгоградском регионе (рис. 1).

Ввод результатов по оценке КМП беременным производится экспертом в процессе непосредственного выполнения им аналитического разбора «Индивидуальной карты беременной и родильницы» (форма 111/у). Таким образом, данные о выполнении всех основных этапов диспансерного наблюдения беременных – ведение документации, полнота и глубина сбора информации, назначение и выполнение диагностических исследований, своевременность и обоснованность консультаций специалистов, объективизация лечебных и профилактических мероприятий и т.д. – становятся оперативными после их ввода в компьютерную систему.

В ходе работы проанализированы результаты экспертиз качества диспансерного наблюдения беременных в лечебных учреждениях Волгоградской области за период 2008-2011 гг.

Анализ КМП осуществлялся по 7 разделам профилей процессуальных индикаторов: А – качество ведения документации; В – диагностические мероприятия; С – постановка диагноза; D – лечебно-профилактические мероприятия; К – консультации; Р – преемственность; R – достижение полученного результата для матери и ребенка.

Каждый из вариантов ответов на поставленные перед экспертом вопросы имеет ранжированную бальную оценку от 0 до 1, которая зависит от характера выявленных дефектов. Для удобства и наглядности аналитики результаты экспертизы переводятся в пятибалльную шкалу оценок [1]. Цельное представление о качестве, основанное на результатах оценки процессуальных индикаторов, позволяет составить интегрированный показатель (Е).



Рис. 1. Структура базы данных по оценке качества медицинской помощи при диспансеризации беременных

Результаты и их обсуждение

За период 2008-2011 гг. были проведены экспертизы и проанализированы 79528 законченных случаев диспансерного наблюдения беременных в лечебных учреждениях Волгоградской области, что составляет 67,6% от общего числа родов за данный период. Распределение проведенных экспертиз по территориальному признаку представлено в *табл. 1*. В лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) города Волгограда доля экспертиз составила 56,8%, в Центральных районных больницах и ЛПУ города Волжского – 30,6 и 12,6% соответственно.

В целом по всем ЛПУ Волгоградской области анализ результатов профилей индикаторов и интегрированного показателя КМП беременным свидетельствует об их положительной динамике. Если в 2008 г. интегральный показатель составлял 4,54 балла, то к 2011 г. он увеличился до 4,67 балла.

Итоговые оценки свидетельствуют также о положительной динамике КМП и в их структурном распределении (*табл. 2*).

Количество экспертных карт, оцененных на «отлично», в 2011 г. составило 40,9%, что на 8,8% больше, чем

в первый год проведения экспертизы. Доля «удовлетворительных» оценок в общей структуре итоговых результатов сократилась с 8,8% в 2008 г. до 5,3% в 2011 г. Удельный вес «неудовлетворительных» оценок за исследуемый период снизился до 1,1%.

Для детального анализа КМП беременным и выявления дефектов на конкретных этапах технологического процесса необходим углубленный анализ профильных процессуальных индикаторов качества медицинской помощи.

Обработка результатов экспертиз выявила, что на протяжении всех лет исследования низким остается качество ведения первичной медицинской документации (блок «А»), о чем свидетельствует широкий спектр выявленных дефектов. Первичная медицинская документация – основной источник для выявления дефектов медицинского наблюдения. Оценка ее оформления, не являясь самоцелью, приобретает, прежде всего, кардинальную важность при итоговом экспертном заключении о качестве и уровне оказываемой медицинской помощи беременным. Ненадлежащее ведение медицинской документации обуславливает снижение ее доказательной роли в оценке качества медицинской помощи.

Таблица 1

Сводные данные о количестве проведенных экспертиз и оценке интегрированного показателя качества медицинской помощи при диспансерном наблюдении беременных в лечебных учреждениях Волгоградской области за период 2008–2011 гг.

Территориальное распределение ЛПУ	Е - интегрированная оценка качества и технологии оказания медицинской помощи							
	2008 г.		2009 г.		2010 г.		2011 г.	
	Кол-во экспертиз	Оценка	Кол-во экспертиз	Оценка	Кол-во экспертиз	Оценка	Кол-во экспертиз	Оценка
город Волгоград	11212	4,52	11690	4,57	10466	4,55	10466	4,63
город Волжский	1994	4,56	2652	4,57	1825	4,69	1825	4,75
Центральные районные больницы	6576	4,57	6480	4,64	5229	4,60	5229	4,71
Итого:	19782	4,54	20822	4,58	17520	4,6	17520	4,67

Таблица 2

Структурное распределение итоговых оценок качества медицинской помощи при диспансерном наблюдении беременных в лечебных учреждениях Волгоградской области за период 2008–2011 гг.

Территориальное распределение ЛПУ	% экспертных карт с оценкой															
	«Отлично»				«Хорошо»				«Удовлетворительно»				«Неудовлетворительно»			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Город Волгоград	32,2	29,3	25,4	31,7	55,3	60,3	64,0	60,7	9,2	8,1	8,2	6,2	3,3	1,4	2,4	1,4
Город Волжский	23,7	35,3	25,8	36,3	69,1	59,8	66,6	35,3	6,9	4,4	7,0	3,2	0,3	0,4	0,6	0,2
Центральные районные больницы	34,7	36,7	51,6	59,4	54,1	51,6	41,3	60,3	8,9	9,1	6,1	4,5	2,3	2,6	1,0	0,8
Итого:	32,1	32,8	34,2	40,9	56,4	57,8	56,7	52,7	8,8	7,8	7,4	5,3	2,7	1,6	1,7	1,1

Таблица 3

Сводные данные по оценке профилей процессуальных индикаторов качества медицинской помощи при диспансерном наблюдении беременных в лечебных учреждениях Волгоградской области за период 2008–2011 гг.

Профили индикаторов	Годы	Группы ЛПУ						Итого:	
		Город Волгоград		Город Волжский		Центральные районные больницы			
		балл	оценка	балл	оценка	балл	оценка	балл	оценка
А качество ведения документации	2008	0,83	3,75	0,82	3,63	0,86	4,02	0,84	3,82
	2009	0,83	3,73	0,84	3,81	0,85	3,94	0,84	3,8
	2010	0,82	3,68	0,81	3,62	0,89	4,24	0,846	3,86
	2011	0,81	3,67	0,86	3,94	0,91	4,37	0,85	3,92
В диагностические мероприятия	2008	0,92	4,51	0,93	4,58	0,92	4,5	0,923	4,51
	2009	0,94	4,61	0,95	4,7	0,93	4,54	0,937	4,6
	2010	0,95	4,68	0,95	4,68	0,95	4,68	0,95	4,68
	2011	0,96	4,75	0,96	4,82	0,95	4,7	0,958	4,74
С постановка диагноза	2008	0,96	4,68	0,98	4,85	0,96	4,74	0,961	4,72
	2009	0,96	4,72	0,98	4,88	0,96	4,74	0,967	4,75
	2010	0,96	4,71	0,98	4,86	0,98	4,84	0,97	4,77
	2011	0,98	4,84	0,99	4,91	0,99	4,91	0,983	4,87
Д лечебно-профилактические мероприятия	2008	0,9	4,46	0,91	4,48	0,93	4,63	0,91	4,51
	2009	0,92	4,57	0,94	4,69	0,93	4,66	0,926	4,62
	2010	0,92	4,56	0,94	4,75	0,95	4,75	0,93	4,65
	2011	0,94	4,7	0,95	4,86	0,95	4,77	0,945	4,73
К консультации	2008	0,94	4,67	0,96	4,83	0,95	4,77	0,948	4,72
	2009	0,95	4,73	0,95	4,72	0,95	4,71	0,952	4,73
	2010	0,93	4,62	0,95	4,71	0,96	4,77	0,94	4,68
	2011	0,94	4,69	0,96	4,77	0,97	4,84	0,953	4,74
Р преемственность	2008	0,96	4,71	0,97	4,79	0,92	4,5	0,949	4,65
	2009	0,96	4,73	0,97	4,78	0,94	4,63	0,954	4,7
	2010	0,95	4,71	0,97	4,74	0,96	4,77	0,958	4,73
	2011	0,98	4,86	0,97	4,77	0,97	4,81	0,975	4,84
Р достижение полученного результата	2008	0,98	4,88	0,98	4,86	0,96	4,8	0,973	4,85
	2009	0,98	4,9	0,98	4,9	0,96	4,8	0,978	4,87
	2010	0,98	4,9	0,98	4,9	0,96	4,78	0,975	4,86
	2011	0,98	4,9	0,99	4,92	0,97	4,82	0,977	4,87

По результатам экспертизы качества ведения медицинской документации наиболее частым дефектом является отсутствие информации о сроках проведения необходимых мероприятий по диспансеризации беременных. За годы исследования эти дефекты варьировали в пределах от 46,2 до 40,0%. Достаточно часто эксперты отмечали отсутствие подписи врачей в дневниках, подписи беременных в информированном согласии на проведение лечения или при отказе от госпитализации, маркировки группы риска перинатальной патологии на лицевой стороне «индивидуальной карты», этапного эпикриза. Данные дефекты встречаются с частотой от 8,3 до 8,8%. Также имеют место случаи потери информации

при переносе из «индивидуальной карты беременной и родильницы» в «обменную карту», отсутствие записей в дневниках жалоб беременной, данных объективного обследования, лекарственных назначений (0,3 - 0,6%).

Очевидно, что широкий спектр выявленных дефектов оказал непосредственное влияние на итоговые оценки по данному блоку. За исследуемый период средняя оценка по блоку «А» составляет 3,85 балла и является одним из самых неудовлетворительных разделов работы врачей (табл. 3).

По мнению врачей, значительная часть дефектов ведения медицинской документации связана с дефицитом времени, необходимого для ее оформления, а также от-

существованием унифицированного формализованного документа ведения беременности, который в значительной степени облегчил и упростил бы их работу.

Важным разделом работы при диспансеризации беременных является проведение комплекса диагностических мероприятий (блок «В»). Анализ результатов данного блока показал, что за период 2008-2011 гг. наблюдается отчетливая тенденция снижения количества дефектов. Положительные изменения произошли по всем разделам, формирующим блок «В». Если в 2008 г. количество недостатков в сборе анамнеза, проведении физикального обследования, лабораторных и инструментальных обследованиях составляли соответственно 28,2, 23,5, 23,5%, то к 2011 г. их доля сократилась в среднем в 2 раза и измерялась следующими значениями: 12,9, 12,1 и 12,2% соответственно. Дефекты в оценке факторов риска перинатальной патологии снизились с 23,7% в 2008 г. до 15,2% в 2011 г., при этом наиболее типичными недостатками являлись случаи занижения группы риска перинатальной патологии на 1 или 2 уровня. За счет уменьшения количества дефектов в комплексе проводимых диагностических мероприятий средняя оценка по блоку «В» возросла в 2011 г. до 4,74 балла по сравнению с 4,51 балла в 2008 г.

Внедрение обязательной экспертизы качества медицинской помощи при диспансерном наблюдении беременных позволило снизить количество случаев неполной или необоснованной постановки основного и сопутствующего диагнозов (блок «С») с 8,2 и 13,2% в 2008 г. до 3,2 и 6,7% соответственно в 2011 г. Частыми дефектами в постановке основного диагноза являлись ошибки в установлении срока беременности, недооценке акушерских осложнений и состояний плода. Средняя оценка по блоку «С» составила в 2008 г. 4,72 балла. В 2011 г. она возросла до 4,87 балла.

Качество лечебно-профилактической работы отражает блок «D», включающий оценку составления индивидуального плана, проведения мероприятий по профилактике и лечению осложнений беременности и экстрагенитальной патологии, а также назначения лекарственных средств.

Стратегия ведения беременности в каждом конкретном случае находит свое отражение в составлении индивидуального плана ведения беременности, характеризующего врачебную логику, знания и индивидуальное отношение к каждой пациентке. При анализе результатов экспертиз данного раздела по оценке качества медицинской помощи беременным отмечается постепенное снижение количества дефектов, имеющих место при составлении индивидуальных планов ведения беременности, с 35,1% в 2008 г. до 29,0% в 2011 г. Эти показатели свидетельствуют, что у значительной части пациенток не всегда выбирается адекватная тактика ведения беременности.

Анализ профилактической работы среди беременных позволил выявить, что количество случаев недостаточ-

ного ее объема также высоко и составило 16% в 2011 г. В целом за исследуемый период у 487 беременных вообще не были проведены мероприятия по предупреждению акушерских осложнений.

Оценка лечебных мероприятий показала, что количество дефектов при назначении лечения осложнений беременности и экстрагенитальной патологии у беременных сократилось в среднем в 2 раза (соответственно с 22,5 и 15,3% в 2008 г. до 9,6 и 7,1% в 2011 г.). Выявленные дефекты при лечении гестационных осложнений и экстрагенитальной патологии в дальнейшем отразились на течении беременности у 0,5 и 0,05% пациенток в 2011 г. при 2 и 0,3% в 2008 г.

Сокращение числа дефектов в лечебно-профилактической работе оказало влияние на итоговые оценки по блоку «D». За исследуемый период оценка увеличилась на 0,22 балла и составила в 2011 г. 4,73.

Во время беременности женщина обязательно должна быть осмотрена узкими специалистами, перечень и кратность посещения которых установлена законодательно. При наличии у беременной экстрагенитальной патологии назначаются консультации необходимых специалистов. По результатам экспертиз своевременно и обоснованно консультации узких специалистов были назначены в 90,5% случаев в 2011 г. при 89,8% в 2008 г. В 2008 г. оценка по блоку «K» составила 4,72 и практически не изменилась к 2011 г. 4,74.

Анализ преемственности этапов оказания медицинской помощи при диспансеризации беременных выявил также ряд дефектов (блок «P»). Случаи несвоевременной госпитализации, которые привели к неблагоприятному исходу беременности, колебались в пределах 0,3 - 0,7% за период 2008-2011 гг. Факты отсутствия направления женщин в акушерские стационары сократились в 2,4 раза (с 6,3 до 2,6%), что способствовало увеличению числа поступлений беременных в стационары для профилактики и лечения начальных стадий осложнений гестации и своевременной дородовой госпитализации. В результате оценка по блоку «P» выросла с 4,65 балла в 2008 г. до 4,84 балла в 2011 г.

Анализ показателей результативности (блок «R») выявил, что у 97,8% пациенток в 2008 г. наблюдались положительные исходы беременности, в том числе в 93,7% случаев результат достигнут полностью (своевременные роды плодом без признаков асфиксии, оперативные роды в плановом порядке). У 4,1% беременных результат был практически достигнут (преждевременные, запоздалые роды, оперативные роды в экстренном порядке). У 0,7% результат достигнут не полностью (легкая степень асфиксии плода, наложение вторичных швов, патологическая кровопотеря, перевод родильниц в гинекологические или профильные отделения), в 0,3% случаев – частично достигнут (тяжелая степень асфиксии плода, разрывы промежности III степени, ампутация, экстирпация матки). Перинатальные потери наблюдались в 1,2% случаев. Внедрение экспертизы качества медицинской

помощи беременным позволило за исследуемый период несколько улучшить результаты исходов беременности для матери и плода. Так, в 2011 г. число пациенток, у которых результат был достигнут полностью, возросло до 94,4%. Не полное и частичное достижение результата отмечалось у 0,16 и 0,06% родильниц. Уровень перинатальных потерь остался на прежнем уровне.

Итоговая оценка по блоку «R», оценивающего достижение полученного результата, практически не изменилась и составила 4,87 в 2011 г. при 4,85 в первый год проведения экспертизы.

Выводы

Таким образом, использование методики по экспертизе качества диспансерного наблюдения беременных в лечебных учреждениях Волгоградской области дает возможность для оперативного контроля и управления всеми разделами работы врачей акушеров-гинекологов, а создание единой региональной автоматизированной системы позволяет анализировать полученные результаты и выявлять дефекты системного характера. На практике это проявилось в улучшении результатов по всем профилям процессуальных индикаторов и, как следствие, в повышении качества диспансерного наблюдения женщин во время беременности.

Выявлен ряд наиболее типичных дефектов в работе врачей, заключающихся в низком качестве ведения медицинской документации, неполном сборе анамнеза и занижении оценки факторов акушерской патологии, выработке неадекватной стратегии ведения беременности

и проведения мероприятий по профилактике осложненной беременности.

Своевременное выявление дефектов, снижение количества ошибок в процессе контроля качества, интенсификация диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, постановки диагноза служат основой для оптимизации медико-организационных технологий по оказанию медицинской помощи женщинам во время беременности.

Литература:

1. Петров В.И., Сабанов А.В., Двужилов В.В., Кокорина Л.В., Иваненко В.В. Технология экспертизы качества медицинской помощи беременным // Сборник «Современные здоровьесберегающие технологии в системе обеспечения здоровья населения Волгоградской области». Материалы научно-практической конференции. – Волгоград. 2008. – С. 20-52.
2. Сабанов В.И., Иваненко В.В., Раевская А.А. Единая система контроля качества медицинской помощи беременным в крупном промышленном центре // Актуальные проблемы демографической политики и состояние здоровья населения РФ: Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 290-летию Астраханской губернии, 450-летию Астрахани, 90-летию Астраханской государственной медицинской академии и 85-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсами информатики, истории медицины и культурологии. – Астрахань: АГМА, 2009. – С. 250-252.
3. Указ Президента Российской Федерации от 12 мая 2009г. №537 «О стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года» // Российская газета. Федеральный выпуск. – 2009 – № 4912. – 19 мая.

Для корреспонденции:

Сабанов Валерий Иванович – профессор, ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, заслуженный работник высшей школы РФ
Адрес: 400131, Россия, г. Волгоград, площадь Павших Борцов д. 1, тел. +7(8442)38-21-78, e-mail: visabanov@yandex.ru.

Емельянова Ольга Сергеевна – ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения
Адрес: 400131, Россия, г. Волгоград, площадь Павших Борцов д. 1, тел. +7(8442)38-21-78, e-mail: o.s.emelyanova@mail.ru.

Иваненко Виктория Викторовна – к.м.н., ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», старший преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения
Адрес: 400131, Россия, г. Волгоград, площадь Павших Борцов д. 1, тел. +7(8442)38-21-78, e-mail: ivanenkovv@yandex.ru.

For correspondence:

V.I.Sabanov – professor, Volgograd state medical university, head of the department of public health system, Honored worker of higher education of the Russian Federation
Address: 1, Pavshikh Bortsov Sq., Volgograd, 400131, Russian Federation, +7(8442)38-21-78, ve-mail: isabanov@yandex.ru

O.S.Emelyanova - Volgograd state medical university, graduate student department of public health system
Address: 1, Pavshikh Bortsov Sq., Volgograd, 400131, Russian Federation, +7(8442)38-21-78, e-mail: o.s.emelyanova@mail.ru

V.V. Ivanenko - PhD, Volgograd state medical university, senior lecturer the department of public health system
Address: 1, Pavshikh Bortsov Sq., Volgograd, 400131, Russian Federation, +7(8442)38-21-78, e-mail: ivanenkovv@yandex.ru.

Обязательное медицинское страхование и социальная политика в СМИ

Спасает клетка. Подготовлен закон об использовании стволовых клеток в медицине

«Живой орган», пересаженный больному человеку не от донора, а выращенный из собственных клеток - это вовсе не мечты фантастов, а недалекое будущее клеточной медицины. Готовится закон, который регламентирует использование клеточной медицины в нашей стране.

Уже идут не просто эксперименты, но и реальные операции, когда пациентам выращивают новые сосуды, восстанавливают поврежденный мозг или печень.

Путь «от лабораторной пробирки» и до реального врача и пациента, который сможет лечиться с помощью новейших технологий, скоро станет короче.

Минздрав подготовил законопроект об обращении медицинских клеточных продуктов. Документ прошел согласование и в ближайшее время будет внесен в правительство. Об этом сообщила вчера министр здравоохранения Вероника Скворцова, выступая на сессии РАМН, посвященной развитию клеточных технологий и регенеративной медицины.

Законопроект сложный. Тем более, что с клеточными технологиями связано много всевозможных домыслов, а обычные люди, не имеющие отношения к биомедицине, и вовсе судят о стволовых клетках исключительно по «страшным» разоблачающим публикациям в желтой прессе. Специалисты готовили новый закон три года. И, по словам министра здравоохранения Вероники Скворцовой, документ прошел «беспрецедентную обкатку», а проще говоря - широко обсуждался и в Минздраве, и в РАМН, и в МГУ.

Направление настолько перспективное и многообещающее, что впервые с подачи президента РАМН Ивана Дедова ему была посвящена двухдневная сессия общего собрания академиков медицины.

Ученые и врачи рассказывали о перспективах применения стволовых клеток, генно-инженерных клеточных комплексов для помощи при таких заболеваниях, которые сегодня лечатся с трудом, а то и вовсе не поддаются ни медикаментозному, ни хирургическому лечению.

С помощью клеточных препаратов можно восстановить поврежденный мозг - при инсультах, травмах спинного мозга. Можно «заставить» расти новые сосуды взамен пораженных атеросклерозом. Можно выхаживать глубоко недоношенных детей и младенцев, пострадавших от гипоксии при трудных родах, снижая угрозу их инвалидизации.

Все это - лишь небольшая часть задач и направлений, над которыми работают в научных институтах и медицинских учреждениях Москвы, Санкт-Петербурга, Сибири.

«Клеточные технологии, использование стволовых клеток - это бурно развивающееся направление в биоме-

дичине, способное решать самые сложные задачи, - сказал президент РАМН, академик РАН и РАМН Иван Дедов. - Это и восстановление поврежденных органов и тканей, в том числе центральной нервной системы, и лечение тяжелых наследственных и приобретенных заболеваний. Применение клеточных технологий порой является единственной альтернативой пересадке органов. Наконец, появление трехмерных клеточных культур позволяет создавать биоимпланты, которые максимально приближены по своим характеристикам к замещаемой ткани и не вызывают отторжения».

По сути, развитие клеточных технологий со временем способно решить проблемы, связанные с донорством, - это и совместимость пересаживаемого органа, и нехватка донорской крови и органов, и угроза получить с пересаживаемым материалом тяжелую инфекцию. Хотя, как отмечали многие выступающие, подтверждение безопасности при использовании клеток в практической медицине - это тоже одна из важнейших задач.

«Это направление в последние годы бурно развивается, хотя некоторые исследования носят имитационный характер, повторяя в какой-то степени работы ведущих ученых США, Японии, других стран, - отметила Вероника Скворцова. - Между тем регенеративные технологии, основанные на клеточных продуктах - это возможность перевести медицину на качественно иной уровень, как это произошло в свое время с изобретением вакцин, внедрением генных технологий. Нам совершенно необходимо продвигать наши научные школы. Одно из ключевых условий для успешного проведения исследований - необходимость моделировать процессы, происходящие при применении клеточных технологий, на животных и клеточных линиях. Нужна основа для переноса применения их для лечения людей, в практической медицине. То есть нужны клинические исследования».

Наконец, нужны производственные площадки, на которых можно было бы воспроизводить стандартизованные клеточные продукты.

Базу для всего этого создает подготовленный нами совместно с РАМН закон об обращении медицинских клеточных продуктов, работа над которым продолжалась три года».

По словам Скворцовой, согласно принятой недавно программе развития медицинской науки, уже запланировано создание четырех научных центров по развитию биомедицины. Кроме того, появятся биокластеры при крупных медицинских вузах.

«Нам необходимо открыть несколько специализированных центров по развитию клеточных технологий, - сказал академик РАН и РАМН Иван Дедов. - Это упростило бы проведение клинических испытаний клеточных про-

дуктов и внедрение их в практическую медицину. Нам надо продумать, на каких площадках такие центры будут организованы».

*Российская газета, Москва,
(05.06.2013)*

Атом против рака

В Татарстане внедрились новые методы диагностики и лечения онкологических заболеваний. В Центре ядерной медицины начали применять современный метод диагностики рака. Он позволяет выявлять метастазы на ранней стадии, когда их размер не превышает и двух миллиметров. Как это влияет на качество лечения и продолжительность жизни онкологических больных, корреспонденты «РГ» выяснили, побывав в открывшемся недавно отделении позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ).

О Центре ядерной медицины, который возвели в Казани в рамках национальной онкологической программы, «Российская газета» уже писала. Правда, тогда, на первом этапе, в строй была введена лишь современная клиника радиотерапии. А о создании ПЭТ-центра врачи только мечтали. И вот мечта сбылась.

Минуя холл, где пациенты в ожидании приглашения на процедуры внимательно следят за электронным табло, попадаем в новое отделение. Ощущение, что находимся как минимум на секретном предприятии. Санпропускники, лаборатории с множеством измерительных приборов, массивные двери. И всюду стерильная чистота, как в операционных.

- По сути, это небольшой завод, где производится препарат, необходимый для проведения ПЭТ-диагностики, - говорит главный онколог Приволжского федерального округа, главврач Республиканского клинического онкологического диспансера Рустем Хасанов.

Вслед за ним попадаем в «секретную» комнату, куда посторонним вход строго запрещен. В центре - огромный, белоснежный, совсем как айсберг, саркофаг весом 67 тонн. Специально для нас Рустем Шамильевич открывает тяжелые ворота, оказывается, так выглядит циклотрон - линейный ускоритель заряженных частиц, с помощью которого здесь получают радиоактивный изотоп. Становится не по себе. Радиационный фон-то, наверное, будь здоров!

- Когда «ворота» закрыты, пребывание здесь абсолютно безопасно для сотрудников, - объясняет главврач. - Они открываются, если происходит внештатная ситуация. Тогда сюда допускаются только обученные специалисты, которые знают, как себя защитить и сколько времени они могут здесь находиться.

Отсюда радиоактивный изотоп поступает в лабораторию синтеза, где его соединяют с лекарственным полуфабрикатом. При ПЭТ-диагностике злокачественных образований, как правило, используется глюкоза. Полученный радиофармпрепарат проходит проверку в расположенной по соседству лаборатории контроля качества и уже после

этого передается в медицинскую часть ПЭТ-центра. Там индивидуально подбирают дозу для каждого пациента. После укола, который делают внутривенно, больные отправляются в специальную комнату, где, полулежа в удобных креслах, выжидают время - обычно около часа. Если в организме человека есть опухолевая клетка, она захватывает вещество и становится видимой с помощью специальных томографов.

Вот уже видны и границы опухоли, и метастазы - все как на ладони.

- Это позволяет врачам своевременно скорректировать лечение больного, - говорит Рустем Хасанов. - Если при исследовании на ПЭТ мы не выявим ожидаемого распространения опухоли, значит, предыдущее лечение пошло на пользу. Мы можем что-то отменить и тем самым сохранить здоровье, ведь у любого лечения есть побочный эффект.

По его словам, несмотря на то, что ПЭТ-диагностику только начали использовать (в Центр ядерной медицины ПЭТ поступил в конце апреля), нескольким пациентам врачи изменили план лечения. Это важно, ведь от того, насколько эффективно лечат больного, во многом зависит продолжительность его жизни и ее качество.

В настоящее время в ПЭТ-центре работают около ста специалистов, прошедших обучение в ведущих центрах России, Израиля, Турции, Италии, Германии. В развитых странах накоплен большой опыт применения ПЭТ-диагностики, но, как утверждает первый заместитель министра здравоохранения РТ Адель Вафин, многие аппараты, на которых там работают, по своим техническим характеристикам уступают казанскому аналогу.

По его словам, планируется, что в перспективе в Татарстане этот метод молекулярной диагностики будут использовать для лечения не только злокачественных образований, но и заболеваний нервной и сердечно-сосудистой систем.

В минздраве рассчитывают, что с введением в строй Центра ядерной медицины, где получают медицинскую помощь 300 человек в день, лечение онкобольных перейдет на качественно новый уровень.

Между тем

ПЭТ-диагностика далеко не единственный метод, которым владеют татарстанские специалисты. К примеру, в клинике радиотерапии достаточно успешно используют современное оборудование - гамма-терапевтическую установку Teratron и линейный ускоритель Synergy S, позволяющие с высокой точностью облучать опухоли в трехмерном режиме. Одним из перспективных направлений радикальной лучевой терапии является внедрение радиохирургических методов лечения онкозаболеваний головного мозга. По словам заведующей радиологическим отделением N 1 Марии Аглуллиной, этот метод позволяет избавить больного от небольших опухолей мозга всего за один-три сеанса. С его помощью можно удалять и единичные метастазы в печени и легких.

Скоро в одном из корпусов Центра ядерной медицины в полную силу заработает отделение радионуклидной терапии, где для лечения рака щитовидной железы будут применять изотоп радиоактивного йода-125.

Потребность в лучевом лечении в республике высока. По данным Республиканского клинического онкологического диспансера (РКОД), в нем нуждается половина из 76,8 тысячи пациентов, состоящих на учете. Пока его получают лишь 20 процентов от общего числа нуждающихся. Но с открытием Центра ядерной медицины ситуация однозначно должна измениться к лучшему. Во всяком случае, попасть на амбулаторные сеансы лучевой терапии уже сейчас можно без очереди, по направлению из поликлиник РКОД.

Комментарий

Ольга Голодец, вице-премьер РФ:

- Такими учреждениями может гордиться не только республика, но и в целом Российская Федерация. Татарстан переходит на новый уровень оказания помощи пациентам. Нам нужно вернуть былую славу российской медицине. Мне кажется, что мы можем сами задавать мировые стандарты. Для этого нужно много работать, учиться, быть требовательными к себе. Причем всем, кто работает в системе: и чиновникам, и докторам.

*Российская газета, Москва,
(28.06.2013)*

Обогнать Да Винчи. В России создается медицинский робот для проведения высокоточных хирургических операций

Появление в начале двухтысячных годов медицинского робота Да Винчи стало сенсацией. В нашей стране первый Да Винчи прописался в Сибири. В 2008 году профессор Дмитрий Пушкарь выполнил с помощью робота первую в Москве операцию удаления простаты, пораженной раком. Сейчас в России так называемые роботические хирургические программы стали почти обычным делом. Почему почти? Об этом обозреватель «РГ» беседует с главным урологом России профессором Дмитрием Пушкарем.

Дмитрий Юрьевич, у вас наибольший опыт операций с применением робота Да Винчи в урологии. Почему вы считаете, что подобные операции в России почти привычное дело? В мире ситуация иная?

Дмитрий Пушкарь: Совершенно иная. Например в США, сегодня более трех тысяч роботов Да Винчи. И более 90 процентов операций при раке простаты выполняются с их помощью.

Давайте будем точными: оперирует все-таки не робот, а врач.

Дмитрий Пушкарь: Конечно! Робот - это инструмент. Но такой, без которого современная хирургия не может быть полноценной. Да Винчи - прекрасная техника. Однако не самая совершенная. И это становится понятным при активном его использовании.

Другие модели в мире есть?

Дмитрий Пушкарь: Увы! В этом-то и проблема: других медицинских роботов в мире нет. Хотя мы все понимаем, что должны быть альтернативы Да Винчи. Опыт их использования, наряду с огромными достоинствами,

выявил и значительные недостатки этой умной машины.

Что вы имеете в виду под недостатками?

Дмитрий Пушкарь: Да Винчи предполагает использование одноразовых инструментов. А инструменты безумно дорогие, потому операции с помощью роботов стоят громадных денег, и нет возможности их тиражировать. К тому же эти инструменты порой не дают возможности маневрировать во время оперативных вмешательств. Поэтому такие операции не стали рутинными?

Наверное, и размеры Да Винчи не совсем удобны - у вас, в клинике, для него специальное помещение?

Дмитрий Пушкарь: Не только у нас - везде. Да Винчи весит почти тонну. Это громоздкое, малоудобное оборудование.

Но ведь Да Винчи «бездетный», вариантов, вы сказали, нигде в мире нет, и не предвидится...

Дмитрий Пушкарь: Вот тут вы, к счастью, ошибаетесь. Не прошло и года после нашего рабочего совещания по развитию медицинской промышленности. Оно состоялось в Пензе под председательством Дмитрия Анатольевича Медведева. На нем зашла речь о робототехнике в хирургии. Не стану вдаваться в подробности. Скажу лишь: его результатом стало поручение Минздраву России вместе с Минпромторгом проработать вопрос по развитию новых медицинских технологий с применением робототехники. Инициативу поддержала Российская академия наук. Было это 12 сентября 2012 года.

И, представьте себе, уже сегодня мы можем сказать, что Минпромторгом инициировано и открыто финансирование двух программ, так называемых НИОКР (научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы). Предписано создание технологии и организация производства ассистирующего мехатронного хирургического комплекса с инструментами для выполнения операций в урологии. А если все это перевести на простой язык, то речь идет о создании нового вида робота - отечественного робота! Такое в нашей стране впервые.

И когда это чудо появится?

Дмитрий Пушкарь: Поделюсь секретом - группой врачей и инженеров создан рабочий макет отечественного робота. И, по предварительным данным, в середине будущего года мы планируем продемонстрировать хирургическую операцию с его помощью в эксперименте.

В наше время и такие темпы? Не очень в это верю. Или если захотим, то можем?

Дмитрий Пушкарь: Можем. Надо только умело консолидировать силы, которые смогут привести к успеху. В данном случае такая консолидация произошла: объединили усилия Минздрав и Минпромторг. Робот создан на базе Института конструкторско-технологической информатики РАН вместе с клиникой «Медицина» и нашей кафедрой урологии Медико-стоматологического университета.

У вашего робота есть имя? Он весит столько же, сколько Да Винчи?

Дмитрий Пушкарь: Он еще не родился, потому имени пока нет. А весит он в разы меньше, он, можно сказать,

почти портативный. Для его размещения не потребуются особые площади. Он проще Да Винчи, более маневрен, легче в использовании. И стоить он будет заметно меньше, а значит, его смогут приобрести многие.

Может, вопрос не совсем корректный, но задам: робот стоит немалых денег, а его создание и вовсе мало кому по плечу. Так откуда у вас эти деньги?

Дмитрий Пушкарь: У меня таких денег нет и не предвидится. Минпромторг поручил Федеральному центру содействия промышленному развитию выполнение данного заказа. Лично для меня большая честь быть научным руководителем медицинской части данного проекта.

*Российская газета, Москва,
(28.06.2013)*

РФ потратит 366 млн руб. на семинары о здоровье в рамках инициативы G8

Россия в 2013-2015 годах потратит до 366 миллионов рублей на проведение обучающих семинаров в рамках реализации Мускокской инициативы о поддержке здо-

ровья женщин и детей, которая была принята «Большой восьмеркой». Соответствующее распоряжение опубликовано в субботу на сайте правительства России.

Предложение Канады о поддержке здоровья женщин и детей по всему миру, особенно в наиболее бедных странах, было одобрено всеми лидерами «восьмерки» на саммите в канадской Мускоке в 2010 году.

«В целях реализации Мускокской инициативы в 2013-2015 годах распоряжением выделяется до 366 миллионов рублей за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета на проведение на базе двух федеральных государственных бюджетных учреждений научно-практических обучающих семинаров с использованием мощностей созданных в этих учреждениях симуляционно-тренинговых центров», — говорится в справке к документу.

В частности, Минздрав России получит до 237 миллионов рублей (до 79 миллионов ежегодно) на проведение 15 семинаров на базе Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика Кулакова в Москве.

Второе учреждение — ФМБА России — получит до 129 миллионов рублей (до 43 миллионов ежегодно)

Уважаемые читатели! В журнале «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации» №3, 2013 г., в статье Н.А. Кравченко, В.Б. Розанова, А.В. Рагозина «Одиннадцатилетний опыт реализации программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (успехи и проблемы)» рисунок 8 на стр. 30 был воспроизведен с искажениями. В данном номере ниже публикуется исправленный рисунок.

Редакция.



Рис. 8. Динамика средней длительности и стоимости лечения 1 больного в стационарах в Российской Федерации

на проведение 12 семинаров на базе Научно-исследовательского института детских инфекций в Санкт-Петербурге.

Ожидается, что это поможет распространению передовых форм и методов работы в области охраны здоровья матерей, детей в возрасте до пяти лет, а также упрочит связи с партнерами по СНГ и странами Азии, Африки и Латинской Америки, сообщает правительство.

*РИА Новости, Москва,
(01.07.2013)*

Каким должно быть правильное здравоохранение?

В последние годы государство тратит на здравоохранение беспрецедентно большие деньги — триллионы рублей. И все равно мы своей медициной недовольны. Опрос «Левада-центра» осенью прошлого года в 45 регионах показал: категорически недовольных 61%, еще 22% недовольны отчасти, 2% ответить затруднились. А довольных набралось всего 25%.

Можно предположить, что часть из них пользуется либо привилегированными медицинскими учреждениями, либо лечится за свои кровные. Многие, в том числе и авторитетные врачи, считают, что все дело в деньгах: дайте на медицину не жалкие 3-4% ВВП, как сейчас, а 6-7 — и все волшебным образом изменится. Но в США тратят на здравоохранение до 17% ВВП, а и там люди

здравоохранением далеко не всегда довольны. А где же довольны?

Кто в лидерах?

Если верить рейтингу В03, лучше всего здравоохранение во Франции. И, между прочим, там, как и у нас, принята система всеобщего медицинского страхования. Только бремя расходов на нее поделено между работодателями, государством и гражданами. За счет взносов работодателей и граждан страховые фонды оплачивают стационарное и амбулаторное лечение, диагностические обследования, лекарства, отпускаемые по рецептам, помощь на дому. Но и сами потребители оплачивают от 10 до 40% стоимости этих услуг. Многие виды медицинской помощи не покрываются страхованием, поэтому более 92% жителей Франции приобретают дополнительные страховые полисы у частных структур. Как правило, сначала пациент вносит всю плату за лечение и лишь затем получает компенсацию от государственного фонда или частного страховщика. Может, поэтому и во Франции далеко не все довольны здравоохранением?

Грамотные экономисты считают, что наше здравоохранение слишком затратно, громоздко и неповоротливо. И предлагают провести серьезные структурные изменения, потому что заливать существующую систему деньгами — все равно что пытаться превратить «Жигули»-копейку в «Мерседес». Вот наиболее частые предложения.

Не все бесплатно

Сократить программу государственных гарантий бесплатной помощи — оставить ее на 100% лишь для соци-

ально незащищенных категорий: инвалидов, пенсионеров, детей до 18 лет, безработных, беременных женщин и т.п. А для трудоспособных ввести систему соплатежей — в виде небольшого фиксированного платежа за каждый врачебный прием (например, 100 руб.) и процента от сложной диагностики или лечения в стационаре (например, 10-20%). Или покупку гражданами полисов добровольного медицинского страхования. Возможен вариант их накопительной системы — если вы свой полис не израсходовали, на следующий год купите его со скидкой.

Призвание частника

Включить в систему медпомощи частные лечебные учреждения и врачебные практики. Минздрав сертифицирует частные учреждения и врачей по определенным видам помощи и дает им госзадание на обслуживание по твердому страховому тарифам. Выгоды для государства: не надо строить больницы и поликлиники и оснащать их дорогим оборудованием. Выгоды для частников: полная загрузка, возможность планировать работу. Выгоды для нас: конкуренция за пациента — меньше очереди, быстрее квалифицированная помощь, выше качество обслуживания.

Разделить потоки

Самое «узкое» место сейчас — амбулаторное звено, т.е. поликлиники и диспансеры. В то же время пустуют вновь созданные центры здоровья, на которые возлагали большие надежды: мол, пойдет туда здоровый народ сберегать свое здоровье. Эксперты предлагают поменять их функции: пусть они превратятся в центры управления хроническими заболеваниями. Если диагноз поставлен, определена диспансерная группа и человеку (прежде всего пожилому) назначено лечение, зачем ему каждый раз отвлекать участкового врача? Померить давление, продлить рецепт смогут в центре и квалифицированная медсестра или фельдшер.

А поликлиники пусть занимаются лечением острых состояний и профилактикой. А межрегиональные диагностические центры пусть круглосуточно (или хотя бы в 3 смены) обследуют всех, кого сюда направят. Так получится и экономней, и эффективней.

Своя модель первичной помощи есть и для сельской местности. Хорошо оснащенные офисы врача общей практики, обеспеченного самым современным транспортом, — на повседневную помощь, передвижные диагностические модули — на ежегодную диспансеризацию, санавиация — на экстренную помощь.

Гаджет в белом халате

Конечно, никакого халата, просто современная персонализированная медицина немыслима без информационных технологий. Уже создано множество программ и устройств, позволяющих человеку управлять своим здоровьем. В смартфоне или айпаде можно хранить всю свою медицинскую карту — результаты обследований, анализов, рентгеновские снимки и УЗИ, прививки, больничные листы, информацию о лекарствах, которые принимает. И в любой момент по тому же смартфону полу-

чить заочную консультацию своего врача или записаться на прием. А врач может проконтролировать, как пациент выполняет назначения, узнать о динамике самочувствия и т.п.

Тот же смартфон уже умеет измерять артериальное давление, частоту сердцебиения, двигательную активность, уровень сахара в крови, снять кардиограмму и т.п. Есть устройства для суточного мониторинга сердца, которые сами передадут данные на модем доктора. В айпаде можно открыть любой медицинский справочник, свежий медицинский журнал — это очень изменит работу любого врача. По Интернету можно получить консультацию медицинского специалиста из любой страны мира, узнать об условиях госпитализации и т.п. Все это изменит характер наших отношений с медициной уже в ближайшие годы. И к этому тоже надо готовить людей.

Мнения экспертов

Лариса Попович, директор Института экономики здравоохранения Высшей школы экономики

- Давно пора принимать серьезные решения по поводу объема государственных гарантий — определяться с тем, кому, что и при каких условиях при существующем финансировании здравоохранения мы реально можем предоставить бесплатно за счет общественных источников, а кто должен будет нести бремя соплатежей. Нерешенность этой проблемы приводит к тотальной и теневой платности медуслуг.

Раamil Хабриев, директор Национального НИИ общественного здоровья РАМН

- Мы должны обеспечить доступность медпомощи. Для этого можно построить новые больницы, закупить оборудование, подготовить специалистов — затратить уйму денег. А можно сделать по-другому: закупить эти услуги у частной медицины, проверив ее готовность и качество. Доступность тоже достигается, но разными деньгами. Управлять — значит не только строить учреждения, оснащать их, тратя огромные средства. Управлять — значит грамотно организовывать.

Олег Медведев, зав. кафедрой фармакологии факультета фундаментальной медицины МГУ

- Годовые профосмотры или даже диспансеризация бессмысленны. Это трата времени и денег. Если у нас нет электронной истории болезни, однократные измерения или анализы не сравниваются с предыдущими результатами. Конечно, есть умозрительная норма, но нужно, чтобы человек сравнивал новые данные со своими же, потому что мы все разные. И этим должно заниматься не государство, а сами люди, для этого не нужны ни врач, ни медсестра. Нужно просто купить программу и найти специалиста, которые изредка будет смотреть ваши данные на сервере. Такова мировая тенденция — персонализированная электронная медицина.

АМИ - Российское агентство медико-социальной информации, Москва, (08.07.2013)

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