ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

2 - 2009

Итоги реализации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения в субъектах Российской Федерации 2007 – 2008

Сравнительный анализ основных показателей деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования субъектов Южного федерального округа по итогам 2008 года

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Юрин А.В. — Председатель ФОМС

ЗАМЕСТИТЕЛИ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА:

Зеленский В.А. — Директор Департамента развития медицинского страхования Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Иванова Л.Н. — Заместитель председателя ФОМС

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Андреева О.В. — Начальник Инспекции Счетной палаты РФ по контролю расходов федерального бюджета на здравоохранение и за бюджетом ФОМС

Бреев П.В. — Заместитель начальника отдела по взаимодействию с федеральными органами исполнительной власти и СМИ ФОМС

Габуева Л.А. — Начальник Управления модернизации системы ОМС ФОМС

Константинова О.А. — Начальник Управления организации и мониторинга лекарственного обеспечения в системе ОМС ФОМС

Кравчук С.Г. — Начальник Управления организации ОМС ФОМС

Кузнецов Д.Ю. — Генеральный директор Межрегионального Союза Медицинских Страховщиков

Плешков И.В. — Начальник Контрольно-ревизионного управления ФОМС

Решетников А.В. — Исполнительный директор Московского городского фонда ОМС

Синяев А.Л. — Начальник отдела по взаимодействию с федеральными органами исполнительной власти и СМИ ФОМС

Соколова И.В. — Начальник отдела обязательного социального страхования и государственных внебюджетных фондов Департамента бюджетной политики в отраслях социальной сферы и науки Министерства финансов Российской Федерации

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

«Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации»
Научно-практический журнал
№ 2, 2009 год

Выходит 1 раз в два месяца
с января 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

Учредители:
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

Дом печати «Столичный бизнес»

Журнал издается Домом печати «Столичный бизнес»

Номер подписан в печать
05.06.2009 года
Тираж: 3000 экз.
Формат 60 x 90 1/8 (А4)
Объем 78 полос

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

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

© «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации», 2009

Подписной индекс журнала «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации» в каталоге «Газеты и журналы» Агентства «Роспечать» — **36347**

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

№2, 2009 г.

ОФИЦИАЛЬНО | НОВОСТИ

4 Новые кадровые назначения

ПИЛОТНЫЙ ПРОЕКТ

6 Л.А. Габуева
Итоги реализации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения в субъектах Российской Федерации 2007 – 2008

КОНТРОЛЬНО-РЕВИЗИОННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

20 И.В. Плешков
Роль и место контрольно-ревизионной службы в системе обязательного медицинского страхования

РАЗВИТИЕ ОМС В СУБЪЕКТАХ РФ

26 И.Ш. Исмаилов, У.К. Джамалутдинова
Сравнительный анализ основных показателей деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования субъектов Южного федерального округа по итогам 2008 года

ЗАЩИТА ПРАВ ГРАЖДАН

44 С.В. Шойко, Н.Н. Абашин, Ю.В. Кажарская, О.В. Стрельцова, А.А.Скрипко
Опыт применения регрессных исков в системе обязательного медицинского страхования Иркутской области как элемента защиты прав граждан и интересов государства

НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ И ДОКУМЕНТЫ

50 Постановление Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2008 г. №1100 «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2007 г. №921»

51 Информационное письмо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 февраля 2009 г. №14-6/10/2-834 «О численности работающих граждан, подлежащих дополнительной диспансеризации в 2009 году»

27

44

45

42

54 Информационное письмо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20 февраля 2009 г. №14-6/10/2-1106 «О численности работающих граждан, подлежащих дополнительной диспансеризации в 2009 году»

55 Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 февраля 2009 г. № 67н «О порядке проведения в 2009 году дополнительной диспансеризации работающих граждан»

74 Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18 февраля 2009 г. №28 «О внесении изменений в приказ ФОМС от 7 марта 2008 года №50 «О порядке предоставления в 2008 - 2009 годах из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан»

76 Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24 февраля 2009 г. №33 «Об утверждении реестра счетов и порядка ведения реестра счетов на оплату проведенной дополнительной диспансеризации работающих граждан»

Новые кадровые назначения

В территориальных фондах ОМС Республики Хакасия, Воронежской и Липецкой областей произведены новые кадровые назначения.

Бурнакова Любовь Алексеевна назначена исполнительным директором Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Хакасия распоряжением председателя правительства Республики Хакасия от 27 апреля 2009 года № 150-рп/к.

Бурнакова Л.А. родилась 3 июля 1951 года. В 1974 г. окончила Красноярский государственный медицинский институт по специальности «лечебное дело», в 1999 году окончила Санкт-Петербургский государственный университет по специальности «государственное и муниципальное управление». Стаж работы по специальности 32 года в т.ч. государственная служба – 10 лет. Имеет высшую квалификационную категорию по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье», является заслуженным врачом Российской Федерации. Член-корреспондент РАЕН.

Автономов Дмитрий Леонидович назначен исполнительным директором Территориального фонда обязательного медицинского страхования Воронежской области указом губернатора Воронежской области от 7 апреля 2009 года № 220-у.

Автономов Д.Л. родился 19 апреля 1960 года в городе Воронеже.

В 1983 году окончил Воронежский государственный медицинский институт по специальности «лечебное дело».

1983-1985 г.г.-клиническая ординатура кафедры реанимации и анестезиологии Воронежского государственного медицинского института; 1985 - 1987 г.г. – врач анестезиолог-реаниматолог МСЧ № 94 третьего Главного управления при МЗ СССР; 1987 - 1992 г.г.- врач отделения реанимации Воронежской областной клинической больницы; 1992 - 1994 г.г. – ассистент кафедры анестезиологии и реанимации Воронежского государственного медицинского института; 1994 – 1997 г.г. – заведующий отделением реанимации больницы скорой медицинской помощи г. Воронежа; 1997 – 2000г.г.- главный врач ТМО № 4 г. Воронежа; 2000 - 2005г.г.- главный врач Бобровской ЦРБ; 2005 -2008 г.г.–первый заместитель исполнительного директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Воронежской области; 2008 – 2009 г.г.- главный врач Воронежской областной стоматологической поликлиники;

Член партии « Единая Россия» с 2003 года.

Награжден нагрудным знаком «Отличник здравоохранения» в 2004 году.

Жилин Олег Викторович назначен исполнительным директором Липецкого областного фонда обязательного медицинского страхования распоряжением главы администрации Липецкой области № 96-рл от 12 мая 2009 года.

Жилин О.В. родился 4 июля 1967 года. В 1992 г. окончил 2-ой МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова по специальности «лечебное дело», в 1994 г. окончил клиническую ординатуру по хирургии, в 2007 г. прошел профессиональную переподготовку по организации здравоохранения и общественному здоровью в ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, в 2008 г. с отличием окончил ОРАГС по специальности «государственное и муниципальное управление». Работал врачом-хирургом Липецкой областной клинической больницы, заместителем начальника отдела Управления здравоохранения Липецкой области, главным врачом ГУЗ «ЛОПТД». Кандидат медицинских наук, имеет высшую квалификационную категорию по специальности «хирургия».

Копасов Евгений Анатольевич освобождён от занимаемой должности исполнительного директора областного государственного учреждения «Томский территориальный фонд обязательного медицинского страхования» распоряжением администрации Томской области от 30 апреля 2009 г. №628-ра на основании личного заявления.

АДМИНИСТРАЦИЯ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

30.04.2009 № 258-ра

Об освобождении от должности исполнительного директора областного государственного учреждения «Томский территориальный фонд обязательного медицинского страхования»

1. В соответствии с частью 1 статьи 12 Закона Томской области от 13 апреля 2004 года № 53-ОЗ «О порядке управления и распоряжения государственным имуществом Томской области», на основании личного заявления от 27.04.2009 освободить Копасова Евгения Анатольевича от занимаемой должности исполнительного директора областного государственного учреждения «Томский территориальный фонд обязательного медицинского страхования» 4 мая 2009 года.

2. Департаменту по управлению государственным имуществом Томской области (Курченко) в установленном порядке оформить прекращение трудового договора с Копасовым Евгением Анатольевичем.

3. Контроль за исполнением настоящего распоряжения возложить на первого заместителя Губернатора Томской области Ильиных С.Е.

Губернатор Томской области В.М.Кресс

Л.А. Габуева
Федеральный фонд ОМС

Итоги реализации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения в субъектах Российской Федерации 2007 – 2008

Л.А. Габуева

Начальник Управления модернизации системы ОМС ФОМС

В соответствии с нормативной правовой базой на реализацию в субъектах Российской Федерации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения (далее – пилотный проект), перечислено 5 434,3 млн. рублей, что составляет 100% исполнения бюджета ФОМС (Приложение). Кроме того, средства на указанные цели предусматривались в бюджетах субъектов Российской Федерации – участников пилотного проекта – в размере 3 001,04 млн. рублей.

В пилотном проекте участвовали 19 субъектов Российской Федерации, из них:

8 субъектов Российской Федерации – на условиях финансирования из средств, перечисленных ФОМС бюджету ТФОМС в виде субсидий (Тверская, Ростовская, Астраханская, Свердловская, Самарская области, Пермский и Краснодарский края; Республика Татарстан);

2 субъекта Российской Федерации – на условиях самофинансирования (за счет средств субъекта Российской Федерации) (Тюменская область и Ханты-Мансийский автономный округ);

9 субъектов Российской Федерации – на условиях софинансирования (субсидии ФОМС и средства субъекта Российской Федерации) (Белгородская, Владимирская, Калужская, Вологодская, Калининградская, Ленинградская, Томская области; Хабаровский край; Республика Чувашия) (*Рисунок 1*).

Рисунок 1. География пилотного проекта.

Общее число медицинских учреждений, оказывающих медицинскую помощь в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (далее – ПГГ) на территориях субъектов Российской Федерации, принимающих участие в реализации пилотного проекта – 2 990, из них в системе ОМС работает 2 219 или 74,2% от всех ЛПУ.

В реализации пилотного проекта, на момент его окончания, принимали участие 673 ЛПУ (608 или 90,34% из них – стационары, 65 или 9,66% – самостоятельные АПУ), или более 30% учреждений, работающих в системе ОМС в субъектах Российской Федерации – участников пилотного проекта.

Средства, выделяемые в ТФОМС на реализацию пилотного проекта, направлялись сверх средств, выделяемых на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования.

Исполнение плана по финансированию пилотного проекта представлено в *Таблице 1.*

Правилами финансирования определены следующие условия реализации пилотного проекта:

- ориентация на конечный результат с поэтапным переходом учреждений здравоохранения, участвующих в реализации пилотного проекта, преимущественно на одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования (далее – Условие 1);

- обеспечение финансирования стационарной медицинской помощи в соответствии с нормативами финансовых затрат, рассчитанными на основе стандартов медицинской помощи и с учетом оценки качества оказанной медицинской помощи (далее – Условие 2);

- осуществление на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений частичной аккумуляции средств, предназначенных для оплаты медицинской помощи на основе финансирования по подушевому нормативу, и создание

Таблица 1

Финансирование пилотного проекта (в тыс. руб).

№ п/п	Субъекты Российской Федерации	количество ЛПУ	условия в соглашениях					Плановая сумма ФОМС, направленная на финансирование проекта	Плановая сумма субъекта, направленная на финансирование проекта	соотношение средств ФОМС и субъекта (%)
			одноканальное финансирование	стандарты мед. пом.	фондодержание	опл труда мед. персонала	учёт объёмов			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Российская Федерация								5 434 280,0	3 001 041,0	64/36
1	Белгородская обл.	41	X	X	X	X	X	387 357,0	387 357,0	50/50
2	Владимирская обл.	109	X	X	X	X	X	441 780,0	247 600,0	64/36
3	Калужская обл.	44	X	X	X	X	X	352 078,0	320 402,0	52/48
4	Тверская обл.	10			X	X	X	113 612,0		
5	Вологодская обл.	47	X	X	X	X	X	219 239,0	431 400,0	34/66
6	Калининградская обл.	61	X	X	X	X	X	263 991,0	263 991,0	50/50
7	Ленинградская обл.	47	X	X	X	X	X	291 212,0	460 000,0	39/61
8	Краснодарский край	20	X	X				430 658,0		
9	Астраханская обл.	6		X			X	79 340,0		
10	Ростовская обл.	29				X	X	335 071,0		
11	Республика Татарстан	16	X	X	X	X	X	345 893,0		
12	Республика Чувашия	52	X	X	X	X	X	454 575,0	281 000,0	62/38
13	Пермский край	4	X				X	271 583,0		
14	Самарская обл.	7				X	X	295 931,0		
15	Свердловская обл.	37		X		X	X	448 557,0		
16	Тюменская обл.	3					X	в бюджете 2007 средства на реализацию пилотного проекта не предусмотрены финансирование после принятия бюджета области на 2008 г		
17	Ханты-Мансийский А.О.	40		X			X	0,0	104 496,0	
18	Томская обл.	43	X	X	X	X	X	219 481,0	219 481,0	50/50
19	Хабаровский край	57	X	X	X	X	X	483 922,0	285 314,0	63/37
		673								

	софинансирование		ср-ва субъекта
	субсидия ФОМС	X	выбранные условия

системы внутри- и межучрежденческих взаиморасчетов (далее – Условие 3);

- реформирование оплаты труда медицинских работников в зависимости от конечного результата их труда (далее – Условие 4);

- обеспечение учета объема оказанной медицинской помощи и оценки ее качества (далее – Условие 5).

■ Условие 1. Ориентация на конечный результат с поэтапным переходом учреждений здравоохранения, участвующих в реализации пилотного проекта, преимущественно на одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования (далее – одноканальное финансирование).

В 12 субъектах Российской Федерации (Белгородская, Владимирская, Вологодская, Калужская, Калининградская, Ленинградская, Томская области; Краснодарский, Пермский, Хабаровский края; Республики Татарстан и Чувашия), заявивших в Соглашениях переход на одноканальное финансирование, проведена отработка механизмов консолидации средств бюджетов всех уровней в системе ОМС, тариф дополнен статьями расходов (оборудование и услуги на содержание материально-технической базы ЛПУ), увеличены средства на оплату труда медицинских работников, увеличен подушевой норматив финансирования территориальной программы ОМС.

Количественные показатели по реализации данных мероприятий представлены в *Таблице 2*.

Увеличение средств в системе здравоохранения за счет их консолидации в ОМС привело к росту подушевого финансирования, расширению тарифа и приблизило

Таблица 2

Переход учреждений здравоохранения на преимущественно одноканальное финансирование через систему ОМС

Показатели, утвержденные субъектом РФ в Соглашении, находящиеся в компетенции мониторинга ФОМС	Фактическое исполнение показателей (по отчетным данным ТФОМС)
1	2
1.1 соотношение средств обязательного медицинского страхования и средств консолидированного бюджета, направляемых на финансирование здравоохранения – **60% к 40%**	1.1 исполнено на 96,7%, достигнутое соотношение – **58% к 42%**
1.2 доля средств, полученных учреждениями здравоохранения на реализацию пилотного проекта и направленных: - на оплату труда медицинских работников – **44,7%** - на обеспечение медикамент ами – **22,0%** - на оснащение медицинским оборудованием, мягким инвентарем и изделиями медицинского назначения – **33,3%**	1.2 исполнено по: - оплате труда на 102,8 %(доля расходов на оплату труда составила **45,95%** в сумме всех расходов; - обеспечению медикаментами на 108,45% (**23,86%** - в сумме всех расходов) ; - оснащению медицинским оборудованием, мягким инвентарем и изделиями медицинского назначения на 90,7 % (**30,19%** - в сумме всех расходов)
1.3 величина норматива подушевого финансирования территориальной программы государственных гарантий – **3 858,4** руб., в т.ч. по базовой пр ограмме обязательного медицинского страхования **2 214,0** руб.	1.3 исполнено по: территориальной программе государственных гарантий на **143 % – 5 518,4** руб.; базовой программе обязательного медицинского страхования на **142,8% – 3 161,8** руб.

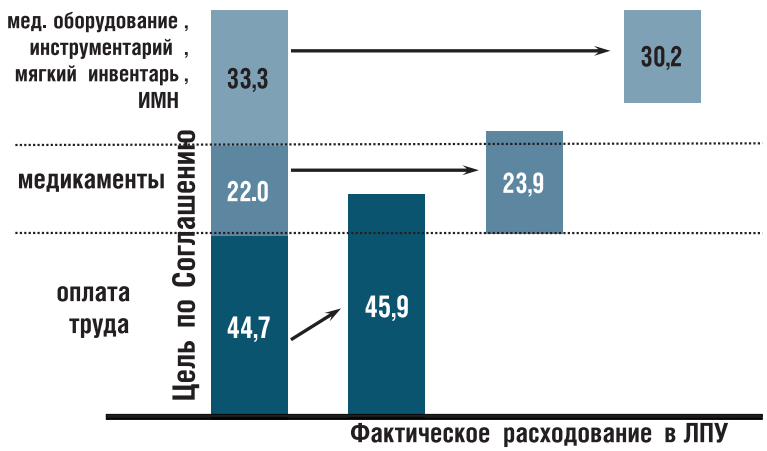


Рисунок 2. Структура расходования средств в ЛПУ, в среднем по России (%)

финансирование медицинских учреждений к реальному размеру возмещения их затрат.

Отмечены следующие региональные особенности соотношения средств обязательного медицинского страхования и средств консолидированного бюджета:

- максимальная доля средств ОМС составляет 67% в Республике Татарстан, 66,5% в Вологодской области, 65% во Владимирской области, 61,6% в Томской области;

- минимальная доля средств ОМС составляет 47% в Белгородской области, 48,1% в Хабаровском крае, 51% в Ленинградской области, 53,7% в Калужской области.

Стоимость Программы Государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в 19 субъектах Российской Федерации составила 192 027,3 млн. руб., при этом стоимость территориальной программы ОМС, являющейся составной частью ПГГ - 98 466,3 млн. руб.

Фактически оплачено по счетам за оказанную медицинскую помощь застрахованным по ОМС гражданам 44 167,9 млн. руб. и 25% от суммы указанных счетов на реализацию мероприятий пилотного проекта составили 11 041,9 млн. руб.

Дополнительные поступления к счету в размере 25% составили 8 295,87 млн. руб. и распределись по статьям затрат в соответствии с представленной диаграммой (*Рисунок 2*).

Региональные особенности структуры кассовых расходов учреждений, участвующих в реализации пилотного проекта, представлены в *Таблице 3*.

Введение одноканального финансирования предполагает поэтапный переход на полный тариф оплаты медицинских услуг. В пилотных территориях наблюдается постепенное расширение «защищенных» статей тарифа.

Кроме основных пяти статей средства расходуются и по другим статьям.

Общий процент увеличения базового тарифа по ОМС составил по 19-ти субъектам Российской Федерации в среднем – 11,24%, в том числе и по подстатьям 225 «Услуги по содержанию имущества» - 1,66%, 226 «Прочие услуги» - 1,47% и 310 «Увеличение стоимости основных средств» - 0,45%.

При переходе на одноканальное финансирование

Таблица 3

Структура кассовых расходов учреждений, участвующих в реализации пилотного проекта (по состоянию на 01.03.09г.)

Субъект РФ	25% по фактически оплаченным счетам за оказанную медицинскую помощь, тыс.руб.								
	Всего кассовые расходы ЛПУ, в т.ч.:	оплата труда с начислениями		медикаменты, изделия медицинского назначения		мягкий инвентарь		медицинское оборудование и инструментарий	
		за период реализации	%	за период реализации	%	за период реализации	%	за период реализации	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ВСЕГО по 19 субъектам	**7 869 139,8**	**3 616 095,5**	**45,95**	**1 877 312,8**	**23,86**	**84 460,6**	**1,07**	**2 291 270,9**	**29,12**
Хабаровский край	765 465,5	307 147,1	40,13	130 207,1	17,01	0,0	0,00	328 111,3	42,86
Пермский край	271 579,9	135 863,1	50,03	625,4	0,23	0,0	0,00	135 091,4	49,74
Республика Татарстан	345 893,0	138 336,8	39,99	69 199,0	20,01	0,0	0,00	138 357,2	40,00
Республика Чувашия	735 575,0	367 782,4	50,00	83 764,2	11,39	24 927,9	3,39	259 100,5	35,22
Самарская область	295 931,0	118 369,2	40,00	94 620,5	31,97	1 741,4	0,59	81 199,9	27,44
Вологодская область	584 718,8	236 939,0	40,52	60 158,4	10,29	2 762,9	0,47	284 858, 5	48,72
Калининградская область	489 180,2	290 598,4	59,41	123 246,4	25,19	7 097,0	1,45	68 238,4	13,95
Ленинградская область	558 781,0	256 999,0	45,99	293 573,0	52,54	0,0	0,00	8 209,0	1,47
Томская область	421 711,5	184 353,6	43,72	74 387,6	17,64	4 250,7	1,01	158 719,6	37,64
Свердловская область	442 540,5	260 947,3	58,97	160 217,6	36,20	20 693,6	4,68	682,0	0,15
Тюменская область	0,0	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00
Ханты -Мансийский АО	76 669,0	32 847,0	42,84	31 065,0	40,52	436,0	0,57	12 321,0	16,07
Белгородская область	664 723,1	315 101,6	47,40	98 137,8	14,76	0,0	0,00	251 483,7	37,83
Владимирская область	682 310,0	306 550,0	44,93	241 109,3	35,34	8 993,7	1,32	125 657,0	18,42
Калужская область	575 380,3	256 595,7	44,60	213 101,1	37,04	8 272,0	1,44	97 411,5	16,93
Тверская область	113 612,0	55 345,4	48,71	16 918,3	14,89	804,8	0,71	40 543,5	35,69
Астраханская область	79 340,0	33 837,2	42,65	18 113,0	22,83	722,9	0,91	26 666,9	33,61
Краснодарский край	430 658,0	184 452,8	42,83	101 855,1	23,65	3 757,7	0,87	140 592,4	32,65
Ростовская область	335 071,0	134 029,9	40,00	67 014,0	20,00	0,0	0,00	134 027,1	40,00

кроме включения в тариф по ОМС дополнительных статей расходов наблюдалось финансирование из средств ОМС скорой медицинской помощи, а также социально-значимых групп заболеваний, ранее финансируемых за счет средств бюджета (Ленинградская область, Республика Татарстан).

Мероприятия по расширению тарифа привели к изменению подушевого норматива финансирования в субъектах, участвующих в реализации пилотного проекта. Региональные особенности выполнения данных изменений представлены в *Таблице 4*.

Подушевой норматив финансирования территориальной программы государственных гарантий в среднем по 12 субъектам Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, заявленный в Соглашениях, составил 3 858,4 рублей в год на человека, фактически величина подушевого финансирования территориальной программы государственных гарантий составила 5 518,4 рублей, что соответствует 143% исполнения целевого показателя.

Подушевой норматив финансирования ОМС, заявленный в Соглашениях, в среднем по 19 субъектам Российской Федерации составил 2 214,0 рублей, фактически величина подушевого финансирования ТП ОМС составила 3 161,8 рублей, что соответствует 142,8% исполнения целевого показателя.

- Условие 2. Обеспечение финансирования стационарной медицинской помощи в соответствии с нормативами финансовых затрат, рассчитанными на основе стандартов медицинской помощи и с учетом оценки качества оказанной медицинской помощи (далее – финансирование на основе стандартов).

Таблица 4

Сведения о величине норматива подушевого финансирования по ПГГ, в т.ч. по ТП ОМС

№ п/п	Субъект РФ	ПГГ		% исполнения	ТП ОМС		% исполнения
		Соглашение (руб.)	За период реализации		Соглашение (руб.)	За период реализации	
1	Белгородская область	4063,00	7290,00	179,42	2087,00	3395,00	162,67
2	Владимирская область	3518,20	6681,13	189,90	2110,90	4608,32	218,31
3	Калужская область	3467,00	4265,70	123,04	1833,00	2274,00	124,06
4	Вологодская область	4686,60	6189,50	132,07	2640,65	3374,10	127,78
5	Калининградская область	3852,70	3436,70	89,20	2284,20	2269,90	99,37
6	Ленинградская область	4319,00	5685,66	131,64	2699,00	3370,74	124,89
7	Краснодарский край	4170,98	4477,72	107,35	1974,34	2048,60	103,76
8	Республика Татарстан	3778,63	5155,67	136,44	2456,12	3112,41	126,72
9	Республика Чувашия	3403,80	3610,11	106,06	2042,30	2431,00	119,03
10	Пермский край	4409,68	5515,54	125,08	2633,98	3211,46	121,92
11	Томская область	4725,00	6006,00	127,11	2900,00	3700,20	127,59
12	Хабаровский край	5764,20	7907,60	137,18	3121,00	4145,80	132,84
	Средний подушевой норматив за год	**3858,37**	**5518,44**	**143,03**	**2214,04**	**3161,79**	**142,81**

В 14 субъектах Российской Федерации (Белгородская, Владимирская, Вологодская, Калужская, Калининградская, Ленинградская, Астраханская, Свердловская, Томская области; Краснодарский и Хабаровский края; Республики Татарстан и Чувашия, Ханты-Мансийский автономный округ) финансирование стационарной медицинской помощи осуществляется на основе стандартов.

Внедрение стандартов в Самарской, Ростовской, Тюменской областях и в Пермском крае осуществляется по инициативе ТФОМС (в соглашениях данный целевой показатель не заявлен).

Количественные показатели по реализации данного мероприятия представлены в *Таблице 5*.

Таблица 5

Финансирование стационарной медицинской помощи в соответствии с нормативами финансовых затрат, рассчитанными на основе стандартов медицинской помощи

Показатели, утвержденные субъектом РФ в Соглашении, находящиеся в компетенции мониторинга ФОМС	Фактическое исполнение показателей (по отчетным данным ТФОМС)
1	2
2.1 число учреждений здравоохранения, участвующих в реализации пилотного проекта, внедривших стандарты медицинской помощи – **620** ЛПУ	2.1 исполнено на **91,1** % – внедрено в **565** учреждениях здравоохранения (**83,9** % от **673** пилотных ЛПУ)
2.2 доля реестров счетов по оплате оказанной медицинской помощи, сформированных на основе нормативов финансовых затрат, рассчитанных по стандартам медицинской помощи с учетом конечного результата – **68**%	2.2 исполнено на 76% – (51,7%)
2.3 число учреждений здравоохранения , размещающих услуги немедицинского характера (привлечение внешних исполнителей) из общего числа учреждений здравоохранения – **455**	2.3 исполнено на **116,5** % число учреждений здравоохранения, размещающих услуги немедицинского характера из общего числа учреждений здравоохранения – **530**

По фактическому исполнению целевого показателя по числу учреждений здравоохранения, участвующих в реализации пилотного проекта, внедривших стандарты медицинской помощи, отмечается положительная динамика. Региональные особенности внедрения стандартов в ЛПУ представлены в *Таблице 6*.

В период с июля по декабрь 2007 года произошло значительное увеличение количества ЛПУ, работающих по стандартам, на 49,5%, с 163 до 329 учреждений. По данным ТФОМС, за период реализации пилотного проекта (2007-2008гг.) данный показатель увеличился до 565 ЛПУ (246,6% по отношению к моменту начала пилотного проекта). В настоящее время диапазон внедрения федеральных стандартов в «пилотных» территориях составляет от 6 до 297 стандартов по различным нозологическим формам.

Целью внедрения стандартов оказания медицинской помощи является обеспечение

Таблица 6

Сведения о работе ЛПУ по стандартам оказания медицинской помощи в субъектах Российской Федерации

№ п/п	Субъекты Российской Федерации	Кол-во ЛПУ, работающих по стандартам на начало реализации проекта	Кол-во ЛПУ, работающих по стандартам на момент завершения проекта	Количество федеральных стандартов
1	Белгородская обл.	42	41	7
2	Владимирская обл.	22	109	6
3	Калужская обл.	0	1	16
4	Вологодская обл.	0	40	Не используются
5	Калининградская обл.	0	35	285
6	Ленинградская обл.	0	25	Не используются
7	Краснодарский край	0	20	Не используются
8	Астраханская обл.	0	6	Не используются
9	Ростовская обл.*	0	29	-
10	Республика Татарстан	0	16	Не используются
11	Республика Чувашия	0	52	27
12	Пермский край*	0	4	113
13	Самарская обл.*	7	7	135
14	Свердловская обл.	63	37	Не используются
15	Тюменская обл.*	-	3	-
16	Ханты-Мансийский АО	-	40	297
17	Томская обл.	29	43	Не используются
18	Хабаровский край	0	57	Не используются
	Всего:	**163**	**565**	

* – направление субъектом не выбрано

равных прав граждан на получение качественной медицинской помощи независимо от места ее оказания на всей территории Российской Федерации. Внедрение стандартов в стационарах предполагает, как правило, оплату медицинской помощи по законченному случаю по утвержденным тарифам на базе медико-экономических стандартов по основным нозологическим формам. Однако в ряде территорий учет стационарной медицинской помощи ведется по клинико-статистическим группам (КСГ), а не по федеральным стандартам оказания медицинской помощи. Кроме того, субъектами осуществляется анализ и подбор рационального или персонифицированного набора лекарственных средств для лечения застрахованных граждан в условиях стационара.

Доля реестров счетов по оплате оказанной медицинской помощи, сформированных на основе нормативов финансовых затрат, рассчитанных по стандартам, с учетом конечного результата достигла 51,7% (целевой показатель исполнен на 76%).

Мониторинг показал, что стоимость законченного случая в рамках одной нозологической формы заметно отличается в различных субъектах РФ (при прочих равных условиях: половозрастная структура, уровень возмещения расходов, бюджетная обеспеченность). Так, например, стоимость лечения пневмонии в Пермском крае составляет 9,9 тыс. руб., в Республике Чувашия – 15,0 тыс. руб., в Республике Татарстан – 28,2 тыс. руб. Стоимость лечения инфаркта миокарда в Томской области - 14,8 тыс. руб., в Калужской области – 27,1 тыс. руб., а в Белгородской области - 51,5 тыс. руб.

Сравнительный анализ затрат на ведение больных при внедрении федерального стандарта лечения по нозологиям приведен в *Таблице 7*. Из таблицы видно, что внедрение федеральных стандартов должно сопровождаться внедрением табеля оснащения ЛПУ и утверждением федерального формулярного списка лекарственных средств, используемых при лечении в рамках ПГГ.

Таблица 7

Сравнительный анализ затрат на ведение больных при внедрении федерального стандарта лечения по нозологиям

Нозология (код по МКБ-10)	Стоимость федерального стандарта		Стоимость лечения по КСГ, МЭС в рамках ПГГ на 2008 г.		Объем финансовых средств, необходимый для внедрения стандартов на 1 случай	
	Итого	в т.ч. медикаменты	Итого	в т.ч. медикаменты	Итого	в т.ч. медикаменты
Хроническая обструктивная болезнь легких (J44)	33 032,6	16 897,3	7 240,9	5 068,6	25 791,7	11 828,7
Долевая пневмония, неуточненная (J18.1)	45 778,0	37 113,8	9 175,7	6 790,0	36 602,3	30 323,7
Астма с преобладанием аллергического компонента (I45.0)	26 574,4	21 525,3	5 887,8	4 945,7	20 686,6	16 579,6
Желчнокаменная болезнь (K80)	116 228,1	75 051,3	10 029,4	7 522,1	106 198,7	67 529,3
Холецистит (K81)	115 420,5	73 688,5	9 773,5	7 818,8	105 647,0	65 869,7
Ишемический инсульт (I63.0)	79 366,2	14 512,9	12 675,0	8 852,1	66 691,2	5 660,9
Сердечная недостаточность (I50.0)	17 199,0	10 029,9	6 923,4	4 425,2	10 275,6	5 604,8
Злокачественное новообразование головного мозга (C71.0)	124 317,5	100 697,2	6 986,9	5 938,9	117 330,6	94 758,3
Острый инфаркт миокарда (I21)	60 842,0	54 554,0	12 875,2	2 123,4	47 969,8	52 430,6
Врожденная пневмония недоношенных (P23)	232 091,0	216 272,0	9 656,4	1 592,5	222 434,6	214 679,5
Субарахноидальное кровоизлияние (I60)	70 428,0	62 519,0	16 174,5	2 667,5	54 253,5	59 851,5
Внутримозговое кровоизлияние (I61)	69 446,0	62 278,0	13 277,6	2 189,7	56 168,4	60 088,3
Термические и химические ожоги (T20)	199 979,0	188 073,0	11 748,6	1 937,6	188 230,4	186 135,4

■ Условие 3. Осуществление на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений частичной аккумуляции средств, предназначенных для оплаты медицинской помощи на основе финансирования по подушевому нормативу, и создание системы внутри- и межучрежденческих взаиморасчетов (далее – внедрение частичного фондодержания).

11 субъектов Российской Федерации (Белгородская, Владимирская, Калужская, Тверская, Вологодская, Томская, Калининградская, Ленинградская области, Хабаровский край, Республики Чувашия и Татарстан) заявили в Соглашениях внедрение частичного фондодержания.

Частичное фондодержание – способ финансирования, при котором подушевой норматив включает средства, обеспечивающие собственную деятельность амбулаторно-поликлинического учреждения и дополнительные средства для взаиморасчетов за медицинские услуги, оказанные прикрепленным гражданам в других учреждениях (стационарных и поликлинических) по тарифам, действующим в системе ОМС.

Объем частичного фондодержания определяется на основании средних нормативов объемов медицинских услуг (по врачебным специальностям).

Таблица 8

Внедрение на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений частичного фондодержания

Показатели утвержденные субъектом РФ в Соглашении, находящиеся в компетенции мониторинга ФОМС	Фактическое исполнение показателей (по отчетным данным ТФОМС)
1	2
3.1. доля амбулаторно-поликлинических учреждений в системе ОМС, которые финансируются на основе подушевого норматива – **43,6%**;	3.1.исполнено на **124,5%** – доля составляет **54,3%**;
3.2. доля учреждений здравоохранения, оказывающих амбулаторно -поликлиническую помощь , внедривших частичное фондодержание от общего числа учреждений данного типа (в % к 2006г.) – **37%**;	3.2.исполнено на **161,8%** – доля составляет **59,9%** или **184** из **307** АПУ;
3.3. увеличение нормативов подушевого финансирования для амбулаторно - поликлинических учреждений – **17,9%**	3.3.исполнено на **155,9%** - доля составляет **27,9%** (данные 2007г. к 2006г.); (июль 2006 – 154 руб. – июль 2007 – 197 руб.) декабрь 2008 – 203 руб . – рост на **3%** к данным 2007г.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования включает финансовые средства, обеспечивающие собственную деятельность амбулаторно-поликлинического учреждения, оплату консультативной и лечебно-диагностической деятельности, а также дополнительные финансовые средства для возмещения расходов на плановую стационарную и стационарозамещающую помощь, оказанную гражданам, застрахованным по ОМС и прикрепленным к амбулаторно-поликлиническому учреждению.

Основными задачами введения системы фондодержания на уровне АПУ являются:

- стимулирование расширения объема деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения;
- стимулирование координирующей деятельностей врачей первичного звена (участковых врачей и врачей общей практики
- сдерживание затратного механизма оказания медицинской помощи;
- стимулирование профилактической направленности деятельности первичного звена.

Количественные показатели по реализации данных мероприятий в субъектах Российской Федерации представлены в *Таблице 8*.

Внедрение нового способа оплаты на основе подушевого финансирования медицинской помощи АПУ позволило создать условия для укрепления финансово-экономической деятельности ЛПУ, что сопровождалось увеличением стоимости 1 койко-дня до 753,3 руб. и 1 посещения до 154,4 руб. при соответствующем нормативе 590,1 руб. и 103,2 руб. по Базовой программе ОМС 2008 года.

Таблица 9

Сведения о ЛПУ, внедривших частичное фондодержание

№ п/п	Субъект РФ	Всего ЛПУ:	Стационары	АПУ	Амбулаторно-поликлинические **отделения,** внедрившие фондодержание
1	2	3	4	5	
1	Белгородская область	41	37	4	39
2	Владимирская область	109	76	33	22
3	Калужская область	44	38	6	6
4	Тверская область	10	10	0	6
5	Вологодская область	47	47	0	28
6	Калининградская обл.	61	43	18	40
7	Ленинградская область	47	46	1	1
8	Республика Татарстан	16	16	0	1
9	Республика Чувашия	52	51	1	2
10	Томская область	43	43	0	31
11	Хабаровский край	57	57	0	8
	ИТОГО:	**527**	**464**	**63**	**184**

Рисунок 3. Порядок оказания и финансирования медицинской помощи при фондодержании на уровне АПУ.

На основе подушевого норматива финансировалось около 60% амбулаторно-поликлинических учреждений, работающих в системе ОМС, что позволило внедрить элементы межучрежденческих и внутриучрежденческих взаиморасчетов в 184 АПУ с отделениями, находящимися в составе ЦРБ.

Сведения об ЛПУ, внедривших частичное фондодержание, представлены в *таблице 9*.

Наряду с самостоятельными амбулаторно-поликлиническими учреждениями фондодержание внедряют и поликлинические отделения, находящиеся в составе ЦРБ (93), отрабатывая на их базе систему внутриучрежденческих взаиморасчетов.

Количество пилотных учреждений, внедривших внутриучрежденческие расчеты, составляет 93 АПУ с отделениями (наибольшее количество АПУ в Белгородской области – 39, наименьшее в Ленинградской области и в Республике Чувашия – 1), количество ЛПУ, внедривших систему межучрежденческих расчетов за оказание стационарной медицинской помощи, диагностических услуг, консультаций специалистов и скорой медицинской помощи составляет 237 АПУ с отделениями (наибольшее количество в Ленинградской области – 70, наименьшее в Республике Чувашия и Хабаровском крае – 1).

Внедрение фондодержания и показатели подушевого финансирования представлены на *Рисунке.3*.

Размер ежемесячного финансирования первичной медико-санитарной помощи в системе ОМС, помощи терапевтического, педиатрического профилей и общих врачебных практик осуществляется, исходя из численности и возрастной структуры прикрепленных застрахованных граждан и подушевых нормативов финансирования, утверждаемых тарифным соглашением. Во исполнение рассматриваемого условия в субъектах Российской Федерации внесены соответствующие изменения в нормативные правовые документы в части оплаты медицинских услуг по переходному (расширенному) тарифу, а также по применению новых способов оплаты медицинской помощи.

■ Условие 4. Реформирование оплаты труда медицинских работников в зависимости от конечных результатов труда (далее – реформирование оплаты труда).

Таблица 10.

Реформирование оплаты труда медицинских работников в зависимости от конечных результатов труда

Показатели, утвержденные субъектом РФ в Соглашении, находящиеся в компетенции мониторинга ФОМС	Фактическое исполнение показателей (по отчетным данным ТФОМС)
1	2
4.1. средний уровень оплаты труда медицинских работников учреждений здравоохранения, оказывающих стационарную помощь – **8 916,4** руб.	4.1. исполнено на **160**% – **14 339,9** руб. (врачи – 18 922,75 руб.; средний мед. персонал – 11 134,95 руб.)
4.2. рост абсолютного значения средней заработной платы медицинских работников за счет введения новой системы оплаты труда (по отношению к уровню 2006 г.) – **27,65** % (диапазон показателя по субъектам **14,5** % - **35**%)	4.2. исполнено на **259**% (рост составил 71,7 %, учитывает 2-х кратную индексацию заработной платы медицинским работникам: с 01.09.07 на 15 % в федеральных ЛПУ и с 01.02.08 на 14% работникам бюджетных организаций)
4.3. доля государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, которые перешли на новую систему оплаты труда, от общего числа учреждений здравоохранения в субъекте РФ – **43,1** %.	4.3 исполнено на **145,59%** - доля учреждений, перешед ших на новую систему оплаты труда составляет – **62,75%** (**599** пилотных учреждений перешли на новую систему оплаты труда)
4.4. удовлетворенность населения медицинской помощью по данным опросов – **61,6%**	4.4. исполнено на **136,6%** - удовлетворенность населения составляет – 84,14%
4.5. доля обоснованных жалоб населения на качество медицинской помощи в общем объеме жалоб – **10,6%**	4.5. исполнено на **76,4%** - доля обоснованных жалоб составляет 13,88%

Таблица 11

Динамика повышения уровня оплаты труда медицинских работников ЛПУ, участвующих в реализации пилотного проекта

Субъект РФ	Среднесписочная численность мед. работников в ЛПУ, участвующих в реализации пилотного проекта (чел.)						Средний уровень заработной платы мед. работников (руб.)			Средний уровень оплаты труда мед. работников в ЛПУ, участвующих в реализации пилотного проекта (руб.)					
	врачи			средний мед. персонал						врачи			средний мед.персонал		
	на 01.07.07г.	на 01.01.09	темп роста	на 01.07.07г.	на 01.01.09	темп роста	на 01.07.07г.	на 01.01.09	темп роста	на 01.07.07г.	на 01.01.09	темп роста	на 01.07.07г.	на 01.01.09	темп роста
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Среднее значение по 19 субъектам	**1131**	**1277**	**12,9**	**3238**	**3500**	**8,1**	**8 628,3**	**14 339,9**	**66,2**	**12 465,77**	**18 922,75**	**51,8**	**7 707,55**	**11 134,95**	**44,5**
Хабаровский край	1494	2095	**40,2**	3750	4312	**15,0**	11 232,6	13 429,0	**19,6**	14 430,00	21 914,00	**51,9**	9 956,00	12 867,00	**29,2**
Пермский край	826	857	**3,8**	913	897	**-1,8**	10 448,0	18 833,1	**80,3**	12 538,30	23 387,00	**86,5**	8 556,90	14 484,20	**69,3**
Республика Татарстан	1449	1104	**-23,8**	3652	3073	**-15,9**	7 665,0	9 622,6	**25,5**	10 935,00	16 009,60	**46,4**	6 368,00	9 951,00	**56,3**
Республика Чувашия	1215	1281	**5,4**	4043	4090	**1,2**	6 372,2	12 646,1	**98,5**	10 370,47	17 016,70	**64,1**	6 126,02	10 125,50	**65,3**
Самарская обл.	1717	1512	**-11,9**	3716	3574	**-3,8**	7 199,0	11 640,0	**61,7**	11 081,00	15 324,00	**38,3**	6 818,00	9 937,00	**45,7**
Вологодская обл.	1340	1600	**19,4**	5191	5037	**-3,0**	8 648,1	12 294,9	**42,2**	13 547,74	18 554,30	**37,0**	7 168,33	10 301,80	**43,7**
Калининградская обл.	751	859	**14,4**	2055	2159	**5,1**	9 479,0	15 927,6	**68,0**	10 718,00	19 608,40	**82,9**	7 872,80	12 758,20	**62,1**
Ленинградская обл.	998	1545	**54,8**	3106	3798	**22,3**	10 272,0	17 187,0	**67,3**	13 590,00	22 980,80	**69,1**	9 207,00	14 336,30	**55,7**
Томская обл.	812	1547	**90,5**	1664	3454	**107,6**	8 347,6	13 982, 1	**67,5**	15 973,70	19 346,80	**21,1**	8 968,50	11 613,60	**29,5**
Свердловская обл.	1440	643	**-55,3**	4984	2879	**-42,2**	12 479,0	20 653,0	**65,5**	20 504,00	39 408,00	**92,2**	10 160,00	16 464,00	**62,0**
Тюменская обл.	319	333	**4,4**	612	645	**5,4**	0,00	20 148,1	**0,0**	18 422,00	23 719,00	**28,8**	12 224,00	16 577,10	**35,6**
Ханты - Мансийский АО	0,00	2133	**0,0**	0,00	7580	**0,0**	0,00	36 899,0	**0,0**	0,00	44 132,00	**0,0**	0,00	29 666,00	**0,0**
Белгородская обл.	1510	1951	**29,2**	5756	6832	**18,7**	6 810,0	10 202,0	**49,8**	8 385,00	15 828,00	**88,8**	6 053,00	8 596,00	**42,0**
Владимирская обл.	1355	1570	**15,9**	4520	4891	**8,2**	8 042,0	10 801,4	**34,3**	11 645,00	16 350,60	**40,4**	6 962,00	9 020,20	**29,6**
Калужская обл.	991	970	**-2,1**	3144	2896	**-7,9**	10 818,0	9 787,0	**-9,5**	14 184,00	18 133,00	**27,8**	7 452,00	9 498,00	**27,5**
Тверская обл.	394	472	**19,8**	1164	1229	**5,6**	7 022,0	10 463,0	**49,0**	9 876,00	14 910,60	**51,0**	6 055,00	8 755,00	**44,6**
Астраханская обл.	479	605	**26,3**	960	1249	**30,1**	6 248,9	9 469,7	**51,5**	7 806,60	11 485,50	**47,1**	5 645,00	7 612,50	**34,9**
Краснодарский край	1713	1839	**7,4**	4405	4353	**-1,2**	6 782,8	9 331,5	**37,6**	10 047,50	14 351,70	**42,8**	6 681,40	9 583,30	**43,4**
Ростовская обл.	1553	1350	**-13,1**	4648	3555	**-23,5**	6 996,2	9 140,3	**30,6**	10 329,60	12 281,50	**18,9**	6 461,90	7 948,40	**23,0**

14 субъектов Российской Федерации (Белгородская, Владимирская, Вологодская, Калужская, Тверская, Ростовская, Калининградская, Ленинградская, Самарская, Свердловская, Томская области, Хабаровский края, Республики Чувашия и Татарстан) осуществили реформирование оплаты труда в части включения дополнительных выплат к базовой ставке, ежегодно индексируемой и направленной на обеспечение

заинтересованности медицинских работников в улучшении качества оказываемых ими медицинских услуг.

Учитываются следующие виды выплат: компенсационного характера, с применением повышающих коэффициентов и стимулирующего характера.

Выплаты компенсационного характера предполагают применение коэффициентов, отражающих условия работы медицинского персонала, их квалификацию, а также коэффициент качества, учитывающий конечные результаты деятельности медицинских работников. Выплаты стимулирующего характера направлены на оплату видов работ, не входящих в должностные обязанности, имеют как регулярный, так и разовый характер.

Показатели реализации по реформированию оплаты труда представлены в *Таблице 10*.

Результатом фактического исполнения целевого показателя явилось повышение среднего уровня оплаты труда медицинских работников, оказывающих стационарную помощь, до 14 339,9 руб. (врачей до 18 922,75 руб., среднего медицинского персонала до 11 134,95 руб.), (целевой показатель исполнен на 160%).

Сведения по фактическому исполнению целевого показателя п.4.2 таблицы 10 представлены в *Таблице 11*.

Численность медицинского персонала, оказывающего медицинскую помощь в рамках реализации пилотного проекта, составляет 90 769 человек, из них:

– врачей 24 266 человек;

– среднего медицинского персонала 66 503 человек.

Средний показатель среднесписочной численности медицинских работников в ЛПУ, участвующих в реализации пилотного проекта, по субъектам Российской Федерации составил 1 277 врачей и 3 500 среднего медицинского персонала. Средний рост по данному показателю составляет 12,9% и 8,1% соответственно.

Сведения о внедрении новой системы оплаты труда медицинской помощи в субъектах Российской Федерации представлены в *Таблице 12*.

В субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, осуществлено 982 191 экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП), что на 20,1% больше по сравнению с аналогичным периодом 2006 – 2007 гг.

Выявлено значительное увеличение объемов ЭКМП, оказанной в амбулаторно-по-

Таблица 12

Сведения о внедрении новой системы оплаты труда медицинской помощи в субъектах РФ

№ п/п	Субъекты Российской Федерации	Кол-во ЛПУ внедривших новую систему оплаты труда (на 01.01.08г.)	Кол-во ЛПУ внедривших новую систему оплаты труда за весь период реализации проекта	Нормативные правовые акты о внедрении новой системы оплаты труда
1	Белгородская обл.	41	41	Закон от 29.12.06 №85
2	Владимирская обл.*	0	109	Постановление от 30.07.07 №547
3	Калужская обл.	44	44	Постановление от 05.03.07 №61
4	Тверская обл.	2	10	Порядок оплаты труда на 2008 год
5	Вологодская обл.	0	47	Постановление от 30.12.04 №1268
6	Калининградская обл.	0	61	Приказ от 08.08.07 №203
7	Ленинградская обл.	48	46	Закон от 25.09.07 № 134-оз
8	Ростовская обл.	29	29	Постановление от 25.09.06 №394
9	Республика Татарстан	0	16	Постановление от 22.10.07 №584
10	Республика Чувашия	52	52	Постановление от 25.09.07 №236
11	Самарская обл.	0	7	Распоряжение от 29.08.07 №350-р
12	Свердловская обл.	0	37	Постановление от 30.08.07 №842-ПП
13	Томская обл.	0	43	Приказ от 03.12.07 №573
14	Хабаровский край	1	57	Постановление от 23.07.07 №147-пр
	Всего:	**217**	**599**	

* - изменилось количество ЛПУ с 74 до 109 с 01.06.2008 г. (письмо от 23 июля 2008 г. №01-2307)

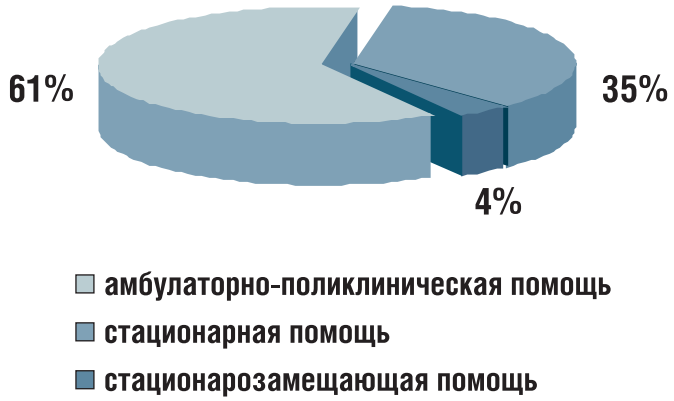


Рисунок 4. Количество ЭКМП, проведенных за период реализации проекта

ликлинических учреждениях: количество проверок возросло на 26,6%, (с 478 389 до 605 777). На 13,0% (с 293 532 до 331 765) увеличилось число проверок качества стационарной помощи; количество проведенных экспертиз оказываемой населению стационарозамещающей помощи уменьшилось на 2,7% (с 45 874 до 44 649).

Структура проведенных экспертиз качества медицинской помощи представлена на *Рисунке 4*:

- 34 % - экспертиза стационарной помощи;
- 62 % - амбулаторно-поликлинической;
- 4% - экспертиза стационарозамещающей медицинской помощи.

Соотношение ЭКМП по видам помощи осталось на уровне аналогичного периода прошлого года.

В период реализации пилотного проекта наблюдается снижение числа нарушений в среднем на – 4,7%, при увеличении количества ЭКМП на 20,1%, что свидетельствует об улучшении качества лечебно – диагностического процесса в учреждениях здравоохранения, усилении контроля качества медицинской помощи со стороны страховых медицинских организаций и ТФОМС.

Увеличение количества экспертиз в отчетном периоде 2007-2008 гг. по сравнению с аналогичным периодом 2006-2007 гг., привело к увеличению суммы удержанных средств по результатам вневедомственного контроля КМП на 30,5%.

- Условие 5. Обеспечение учета объема оказанной медицинской помощи и оценки ее качества (далее – персонифицированный учет объемов мед. помощи).

Внедрение системы персонифицированного учета объемов медицинской помощи осуществляется в 18 субъектах Российской Федерации (исключение - Краснодарский край, не заявивший данное условие в Соглашении).

Персонифицированный учет объемов медицинской помощи внедрили 653 учреждения здравоохранения, или 95% ЛПУ, участвующих в реализации пилотного проекта, что подтверждает 100% фактического исполнения целевого показателя, заявленного в Соглашении, находящегося в компетенции мониторинга ФОМС.

За период реализации пилотного проекта анализ персонифицированного учета объемов медицинской помощи показал следующее:

1) объемы оказанной стационарной медицинской помощи уменьшились: по ПГГ на 1,1%, по ТП ОМС на 1,1%, по ЛПУ, участвующим в пилотном проекте, на 2,2%.

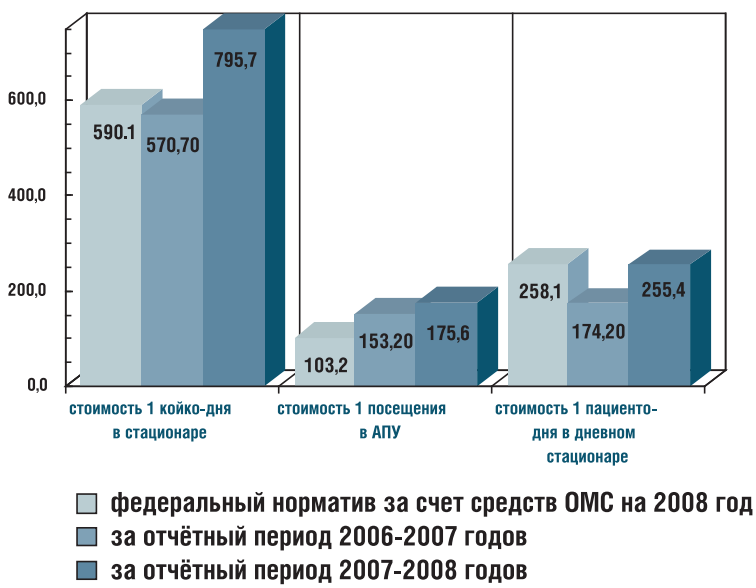


Рисунок 5. Размер возмещения затрат расходов ЛПУ на единицу объема оказанной медицинской помощи (руб.)

2) объемы амбулаторно-поликлинической помощи увеличились: по ПГГ на 2,1%, по ТП ОМС на 3,2%, по ЛПУ, участвующим в проекте, на 2,4%.

3) объемы медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах, увеличились: по ПГГ на 4,6%, по ТП ОМС на 5,2%, по ЛПУ, участвующим в пилотном проекте, на 2,9%.

При проведении в субъектах Российской Федерации, реализующих пилотный проект, мероприятий по внедрению новых способов учета и оплаты медицинской помощи возросла сумма возмещения затрат медицинским учреждениям на оказание медицинской помощи.

Динамика стоимости единицы объема оказанной медицинской помощи в ЛПУ, участвующих в реализации пилотного проекта, представлена на *Рисунке 5*.

По сравнению с аналогичным периодом предыдущего года стоимость единицы объема оказанной стационарной медицинской помощи в среднем по 19 субъектам Российской Федерации в расчете на 1 койко-день значительно увеличилась с 570,7 руб. до 795,7 руб. (на 39,4%). Средняя стоимость посещения в амбулаторно-поликлинических учреждениях по всем регионам возросла на 14,6%, и составила 175,6 руб. Средняя стоимость пациенто-дня в дневных стационарах в среднем по всем территориям, участвующим в пилотном проекте, возросла на 46,6%, составив 255,4 руб. В сравнении с федеральным нормативом стоимости единицы объема указанный показатель в учреждениях здравоохранения, участвующих в реализации пилотного проекта, значительно выше по стационарной (на 34,8%) и амбулаторно-поликлинической (на 70,2%) помощи, что на фоне роста выполненных посещений за период реализации пилотного проекта выявляет позитивное влияние подушевого принципа финансирования поликлиник на обеспечение сбалансированности объемов медицинской помощи и их финансового обеспечения.

Приложение

Нормативные документы по реализации пилотного проекта

1. Бюджетное Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации от 30.05.2006 года «О бюджетной политике в части финансового обеспечения и уточнения отдельных параметров реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения».

2. Федеральный закон от 29.12.2006 № 243-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2007 год».

3. Федеральный закон от 21.07.2007 № 184-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2008 год и на плановый период 2009 и 2010 годов» (в ред. Федеральных законов от 23.11.2007 № 265-ФЗ, от 27.10.2008 № 184-ФЗ).

4. Постановление Правительства Российской Федерации от 19.05.2007 № 296 (с изм., внесенными постановлением Правительства РФ от 28.11.2007 № 816) «Об утверждении правил финансирования в 2007 году расходов на реализацию в субъектах Российской Федерации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, и перечня субъектов Российской Федерации, участвующих в его реализации».

5. Постановление Правительства Российской Федерации от 28.11.2007 № 816 (в ред. постановления Правительства РФ от 08.12.2008 № 926) «О финансировании в 2008 году расходов на завершение проведения в субъектах Российской Федерации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения.

6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25.05.2007 № 360 (в ред. приказа Минздравсоцразвития России от 20.09.2007 № 615, от 27.12.2007 № 807) «О мерах по реализации постановления Правительства Российской Федерации от 19 мая 2007 года № 296 «Об утверждении Правил финансирования в 2007 году расходов на реализацию в субъектах Российской Федерации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, и перечня субъектов Российской Федерации, участвующих в его реализации».

7. Приказ ФОМС от 16 июля 2007 г. № 151 «О мониторинге пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения».

8. Приказ ФОМС от 3 августа 2007 г. № 164 (в ред. приказа ФОМС от 10.01.2008 года № 2) «Об утверждении порядка формирования и предоставления реестра счетов по оплате оказанной медицинской помощи».

И.В. Плешков
Федеральный фонд ОМС

Роль и место контрольно-ревизионной службы в системе обязательного медицинского страхования

И.В. Плешков

Начальник Контрольно-ревизионного управления ФОМС

В соответствии с законом Российской Федерации от 28.06.1991 г. №1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», договор на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по медицинскому страхованию должен содержать порядок использования страховых средств.

Согласно Уставу Федеральный фонд ОМС (ФОМС) осуществляет совместно с территориальными фондами ОМС (ТФОМС) контроль за рациональным использованием финансовых средств в системе обязательного медицинского страхования, в том числе путем проведения соответствующих ревизий и целевых проверок.

Временный порядок финансового взаимодействия и расходования средств в системе обязательного медицин-

ского страхования устанавливает, что ФОМС совместно с территориальными фондами ОМС осуществляет контроль за рациональным использованием средств в системе ОМС.

КРУ ФОМС в соответствии с Планом основных направлений деятельности Федерального фонда ОМС, а также ежегодно утверждаемым председателем ФОМС Комплексным планом проверок осуществляет контроль использования бюджетных средств, получаемых территориальными фондами ОМС на реализацию территориальной программы ОМС и приоритетного национального проекта «Здоровье».

В 2008 году осуществлены контрольные мероприятия в 30-ти территориальных фондах ОМС из 84. В 2009 году (на 01.06.2009г.) осуществлены проверки 10-ти территориальных фондов ОМС.

В результате проверок отмечены нарушения и частичное несоответствие принятой субъектами Российской Федерации нормативной правовой базы в сфере ОМС, федеральному законодательству.

Так, в 12 территориальных фондах ОМС отмечены нарушения Положения о территориальном фонде ОМС, такие как:

- утверждение структуры и состава исполнительной дирекции осуществляется приказом исполнительного директора, а не органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации;
- нарушения в формировании состава правления (квотного представительства и численности членов правления);
- превышение правлением ТФОМС своих полномочий при решении финансовых вопросов;
- проведение заседаний правления ТФОМС при отсутствии кворума, несоблюдение регламента работы, принятие решений путем опроса;
- отсутствие или бездействие ревизионной комиссии ТФОМС.

Нарушение Временного порядка финансового взаимодействия и расходования средств в системе обязательного медицинского страхования граждан:

- оплата ТФОМС счетов ЛПУ за медицинскую помощь, оказанную застрахованному населению при наличии страховых медицинских организаций (СМО), а также незастрахованному населению или гражданам, на которых не заключен договор обязательного медицинского страхования;
- заключение ТФОМС не предусмотренных законодательством договоров со страховой медицинской организацией на оплату медицинской помощи, оказанной по территориальной программе ОМС, и учете ее в отчетности СМО («авизо»);
- «смешанный» способ оплаты медицинских услуг ЛПУ (ТФОМС и страховыми медицинскими организациями);
- оплата изделий медицинского назначения и лекарственной продукции, расходуемой медицинскими учреждениями, ТФОМС или страховыми медицинскими организациями по договорам с поставщиками с последующим уменьшением финансирования медицинских учреждений.
- финансирование СМО на обязательное медицинское страхование при отсутствии дифференцированных подушевых нормативов, применение корректирующих коэффициентов при оплате счетов ЛПУ.

Несоответствие Правил ОМС, принятых на территориях субъектов Российской Федерации, Типовым правилам обязательного медицинского страхования, утвержденных на федеральном уровне:

Договоры, заключенные территориальными фондами ОМС со страховыми медицинскими организациями, по своему содержанию и основным положениям значительно отличаются от типового договора, предусмотренного Типовыми правилами обязательного медицинского страхования.

В договорах территориальных фондов ОМС со страховыми медицинскими организациями:

- не предусмотрено финансирование СМО по дифференцированным подушевым нормативам;
- не предусмотрена обязанность ТФОМС ежеквартально предоставлять информацию страховщику о своем финансовом положении (объем зачисленных финансовых средств, размеры нормированного страхового запаса и его использование);
- не указана величина расходов на ведение дела страховщика, при этом предусмотрена ответственность за превышение не определенной в договоре величины указанных расходов;

- не предусмотрена ответственность СМО за необоснованное получение субвенции, а также за несвоевременное предоставление ТФОМС информации о намерении досрочно прекратить договор обязательного медицинского страхования и о договорах, действие которых прекращено;
- обязанность ТФОМС информировать СМО о несвоевременном или неполном внесении страхователем финансовых средств;
- отсутствуют условия, устанавливающие право страховщика требовать от ТФОМС уплату пени за несвоевременное перечисление страховщику финансовых средств по утвержденным дифференцированным подушевым нормативам, и за несвоевременное предоставление информации и документов, касающихся пересмотра дифференцированных подушевых нормативов финансирования обязательного медицинского страхования и тарифов на медицинские услуги.

В большинстве регионов отмечены нарушения порядка формирования и экономического обоснования территориальных программ ОМС, планирование дефицита их финансового обеспечения на стадии утверждения, нарушения структуры территориальных программ обязательного медицинского страхования. Несоответствие территориальных нормативов финансовых затрат на единицу медицинской помощи нормативам, утвержденным Правительством Российской Федерации.

В структуре территориальных программ ОМС не утвержден порядок формирования тарифов на медицинскую помощь, систематически отсутствуют устанавливающие и определяющие критерии их формирования, в том числе:

- перечни медицинских организаций и учреждений, работающих в системе ОМС, а также финансируемых из бюджета;
- перечни жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, изделий медицинского назначения и расходных материалов, применяемых при реализации Программы госгарантий;
- перечни специализированной высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в медицинских учреждениях регионов за счет средств бюджета субъекта;
- муниципальные задания на предоставление медицинских услуг в медицинских учреждениях муниципальных образований (объемы медицинской помощи и финансовые средства на выполнение этих объемов);
- государственные задания медицинским учреждениям субъекта Российской Федерации, ведомственным и частным медицинским организациям, работающим в системе ОМС, на реализацию объемов медицинской помощи, утвержденных Программой госгарантий (объемы медицинской помощи и финансовые средства на выполнение этих объемов);
- сводные балансы расчетной и утвержденной стоимости Программы госгарантий по пяти и по всем статьям расходов.

Согласно совместному письму Минздравсоцразвития России и ФОМС от 06.08.2007 №5922-ВС и №5784/20-и, согласованному с Минфином России 27.07.2007 №12-03-08, «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2008 год», средства, составляющие разницу между подушевым нормативом территориальной программы ОМС и расчетным показателем финансовых затрат средств ОМС для обеспечения объемов медицинской помощи составляют затраты на АУП ТФОМС и расходов на ведение дела СМО 64,64 рубля на одного застрахованного в год, или 2,9% от подушевого норматива финансирования территориальной программы ОМС.

Согласно постановлению Правительства Российской Федерации от 05.12.2008 №913 и соответствующему информационному письму Минздравсоцразвития (согласованному с Минфином России) затраты на АУП ТФОМС и расходы на ведение дела СМО на 2009 год составляют 3,5% от подушевого норматива финансирования территориальной программы ОМС или 143,0 рубля на одного застрахованного в год.

Анализ использования территориальными фондами ОМС средств на АУП системы ОМС в 2008 году при финансировании территориальных программ ОМС по результатам проверок, проведенных КРУ ФОМС в январе-мае с.г., показывает, что на этапе планирования и по результатам фактического исполнения бюджетов

ТФОМС в 5-ти субъектах Российской Федерации имеет место существенное превышение указанных нормативов расходов на АУП системы ОМС.

В 12-ти территориальных фондах ОМС установлены нарушения в работе согласительных комиссий по тарифам на медицинские услуги в системе ОМС (превышение полномочий согласительной комиссии, несоблюдение установленных требований по квотному составу - представители органов государственного управления в комиссии составляют большинство - от 3 до 8 человек).

Нарушения в деятельности СМО отмечены в части невыполнения положений приказа ФОМС от 31.08.2007 №181 «О правилах организации деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования по установлению порядка и условий формирования резервов, состава и норматива расходов на ведение дела страховыми медицинскими организациями, осуществляющими обязательное медицинское страхование» по формированию и расходованию средств резервов и на ведение дела.

При перечислении денежных средств в медицинские организации за оказанные медицинские услуги застрахованным в платежных поручениях не указываются реквизиты принятых к оплате счетов.

Временно свободные средства резервов инвестируются в негосударственные ценные бумаги.

Продолжаются нарушения установленного порядка взимания и учета страховых взносов на ОМС неработающего населения. Перечисление страховых взносов с нарушением установленных сроков, с целевым назначением на заработную плату, в заниженных объемах.

Так, в результате нарушения сроков уплаты страховых взносов на ОМС неработающего населения в Республике Хакасия задолженность на 01.01.2009 составила 71,5 млн. рублей, в т.ч. недоимка – 70,8 млн. рублей, в Мурманской области – 36,1 млн. рублей, при этом пени и штрафы за несвоевременную уплату страховых взносов ТФОМС не начисляются. В Республике Кабардино-Балкария по состоянию на 01.10.2008 - 994,7 млн. рублей, в т. ч. пени - 447,8 млн. рублей.

При осуществлении плановых проверок соблюдения федерального законодательства по расходованию бюджетных средств, выделенных на реализацию приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2007-2008 годах, выявлены следующие недостатки:

Контрольно-ревизионные службы территориальных фондов ОМС в 2008 году проверили 4940 учреждений и организаций из 8997, участвующих в системе ОМС, в том числе 4430 медицинских учреждений (54,0%), и 400 страховых медицинских организаций (86,0%). В результате проверок выявлено необоснованное получение и нецелевое использование средств ОМС, подлежащих восстановлению в систему ОМС, в объеме 1086,5 млн. рублей, из них медицинскими учреждениями – 1005,1 млн. рублей, страховыми медицинскими организациями – 81,4 млн. рублей.

- несоблюдение условий, предусмотренных Правилами предоставления в 2007 году из бюджета Федерального фонда ОМС субсидий территориальным фондам ОМС на проведение дополнительной диспансеризации граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.12.2006 №860;
- отсутствие лицензий на виды деятельности, в том числе «урология», «эндокринология», «терапия», необходимые для проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан;
- расходование субсидий, выделенных бюджетам территориальных фондов

ОМС на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан, на оплату труда работников, не относящихся к медицинскому персоналу (бухгалтеров, экономистов, инженеров, водителей и других), медицинским работникам других медицинских учреждений, не предусмотренных Правилами;

- выплата заработной платы медицинским работникам, не принимавшим участие в дополнительной диспансеризации;
- несоблюдение сроков возврата медицинскими учреждениями неиспользованных в календарном месяце средств на оплату дополнительной медицинской помощи;
- приобретение медицинскими учреждениями материалов для лабораторных исследований по основной деятельности за счет средств, полученных от ТФОМС на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан;
- оплата расходов за первичную медико-санитарную помощь, оказанную ведомственными учреждениями здравоохранения, в том числе: Федерального медико-биологического агентства, Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, медицинских учреждений ОАО «Российские железные дороги», не предусмотренных постановлениями Правительства Российской Федерации.

В 15-ти регионах установлено нецелевое использование средств, в том числе, предназначенных на выполнение территориальных программ ОМС в размере более 900 млн. рублей и на осуществление национального проекта «Здоровье» в размере 20 млн. рублей.

По результатам проведенных проверок Федеральным фондом ОМС направлены письма в адреса руководителей ТФОМС, органов исполнительной и законодательной власти субъектов Российской Федерации с предложениями о разработке планов мероприятий по устранению вскрытых нарушений и недостатков, восстановлению средств ОМС, использованных не по целевому назначению.

Анализ отчетных данных территориальных фондов ОМС по форме ведомственной отчетности №1-КР за 2008 год показал следующее.

Контрольно-ревизионные службы территориальных фондов ОМС в 2008 году проверили 4940 учреждений и организаций из 8997, участвующих в системе ОМС, в том числе 4430 медицинских учреждений (54,0%), и 400 страховых медицинских организаций (86,0%). В результате проверок выявлено необоснованное получение и нецелевое использование средств ОМС, подлежащих восстановлению в систему ОМС, в объеме 1086,5 млн. рублей, из них медицинскими учреждениями – 1005,1 млн. рублей, страховыми медицинскими организациями – 81,4 млн. рублей.

В результате принятых мер восстановлено 610,5 млн. рублей, или 56,2%, в том числе медицинскими учреждениями - 531,5 млн. рублей (52,9%), страховыми медицинскими организациями – 79 млн. рублей (97,0%).

Анализ структуры нецелевого использования средств в медицинских учреждениях показал, что основную долю (более 83,0%) составляет оплата расходов, не включенных в структуру тарифов на оказание медицинских услуг в системе ОМС – 46,7% (461,1 млн. рублей); финансирование структурных подразделений (служб), финансируемых за счет средств со-

В страховых медицинских организациях, работающих в системе обязательного медицинского страхования, в общей сумме нецелевого использования средств более 70,0% составляют расходы на цели, не предусмотренные условиями договора о финансировании ОМС (34,5 млн. рублей). Основную долю (92,0%) необоснованно полученных средств страховыми медицинскими организациями составляют средства, полученные в результате завышения численности застрахованного населения (29,7 млн. рублей).

ответствующих бюджетов – 27,0% (267 млн. рублей).

В страховых медицинских организациях, работающих в системе обязательного медицинского страхования, в общей сумме нецелевого использования средств более 70,0% составляют расходы на цели, не предусмотренные условиями договора о финансировании ОМС (34,5 млн. рублей). Основную долю (92,0%) необоснованно полученных средств страховыми медицинскими организациями составляют средства, полученные в результате завышения численности застрахованного населения (29,7 млн. рублей).

Осуществление плановых и внеплановых ревизий и проверок участников и субъектов системы обязательного медицинского страхования является важным разделом работы Федерального и территориальных фондов ОМС. Системная контрольно-ревизионная работа позволяет не только выявлять факты неправомерного, нецелевого и неэффективного использования финансовых средств в системе обязательного медицинского страхования и обеспечивать их восстановление, но также является действенным методом профилактики подобных нарушений.

Работа по приведению нормативных правовых документов, принятых на уровне субъекта Российской Федерации, в соответствие с законодательством Российской Федерации, либо с нормативными правовыми актами федеральных органов исполнительной власти способствует унификации системы ОМС в субъектах Российской Федерации и предупреждает возможность возникновения негативных юридических последствий.

Последовательная и планомерная контрольно-ревизионная работа, дальнейшее совершенствование нормативной правовой базы в части регламентирующей контрольно-ревизионную деятельность Федерального и территориальных фондов ОМС - одно из базовых условий обеспечения реализации прав застрахованных граждан на получение бесплатной, своевременной, качественной медицинской помощи, гарантированной Конституцией Российской Федерации.

Последовательная и планомерная контрольно-ревизионная работа, дальнейшее совершенствование нормативной правовой базы в части регламентирующей контрольно-ревизионную деятельность Федерального и территориальных фондов ОМС - одно из базовых условий обеспечения реализации прав застрахованных граждан на получение бесплатной, своевременной, качественной медицинской помощи, гарантированной Конституцией Российской Федерации.

И.Ш. Исмаилов, У.К. Джамалутдинова
Республиканский фонд ОМС «Дагестан»

Сравнительный анализ основных показателей деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования субъектов Южного федерального округа по итогам 2008 года

И.Ш.Исмаилов

Представитель Федерального фонда ОМС в ЮФО, исполнительный директор Республиканского фонда ОМС «Дагестан»,

Южный федеральный округ объединяет 13 субъектов Российской Федерации с общей численностью населения 22 622,09 тыс. чел., разнородных как по природно-климатическим условиям, так и по степени финансовой зависимости от федерального центра и медико-демографическим тенденциям. С одной стороны, это этнические республики Северного Кавказа, в разной степени финансово зависимые от федерального центра, с высоким уровнем рождаемости, относительно низким уровнем смертности, приростом населения. С другой стороны, это экономически стабильные края и области Северного Кавказа и Поволжья, характеризующиеся сходными с большей частью России медико-демографическими тенденциями (низкий уровень рождаемости, высокий уровень смертности, убыль населения) (*Рисунок 1*).

Количество лечебно-профилактических учреждений, функционирующих в системе ОМС на территории Южного федерального округа, увеличилось в сравнении с предыдущим годом от 1128 до 1179, при этом наименьшее количество ЛПУ развернуто в Ингушетии (11), наибольшее – в Краснодарском крае (224). Растут и показатели обеспеченности врачебными кадрами и койками. Так, обеспеченность врачебными кадрами Южного федерального округа в расчете на 10 тыс. населения

Рисунок 1. Население субъектов ЮФО (тыс. чел.)

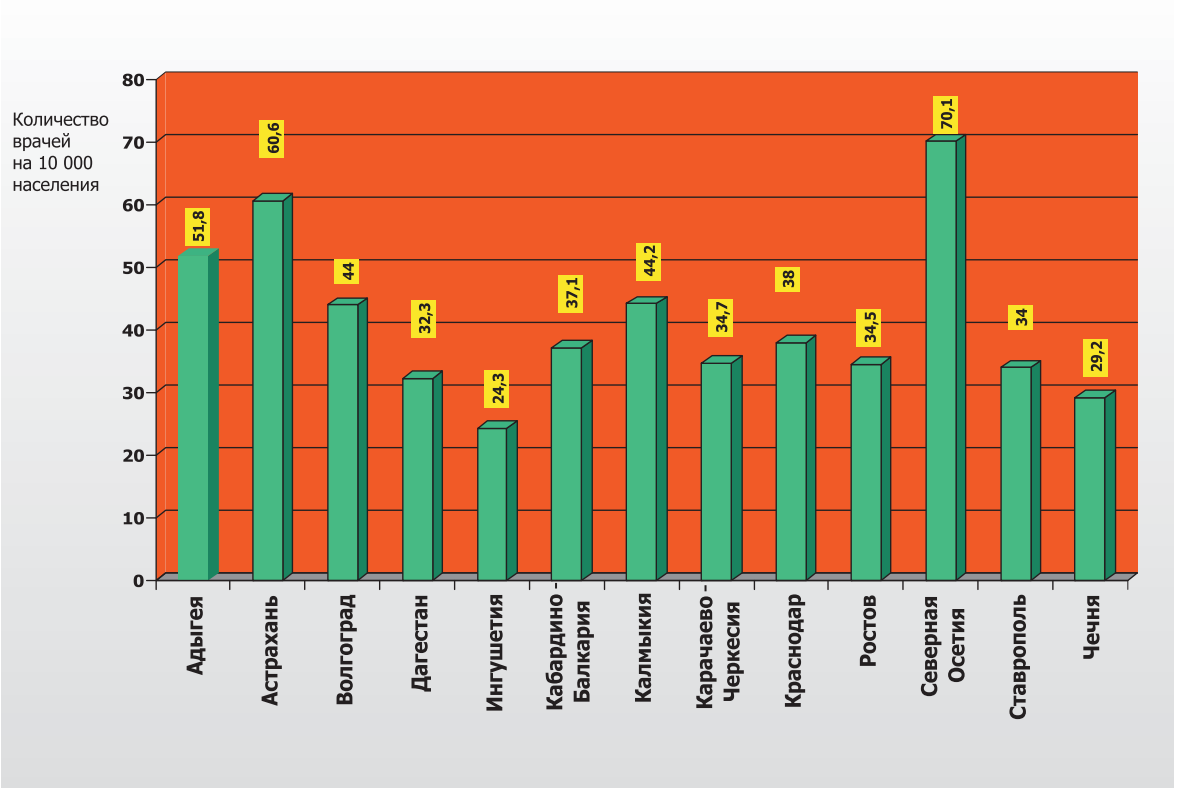


Рисунок 2. Обеспеченность врачами на 10 000 населения в субъектах ЮФО

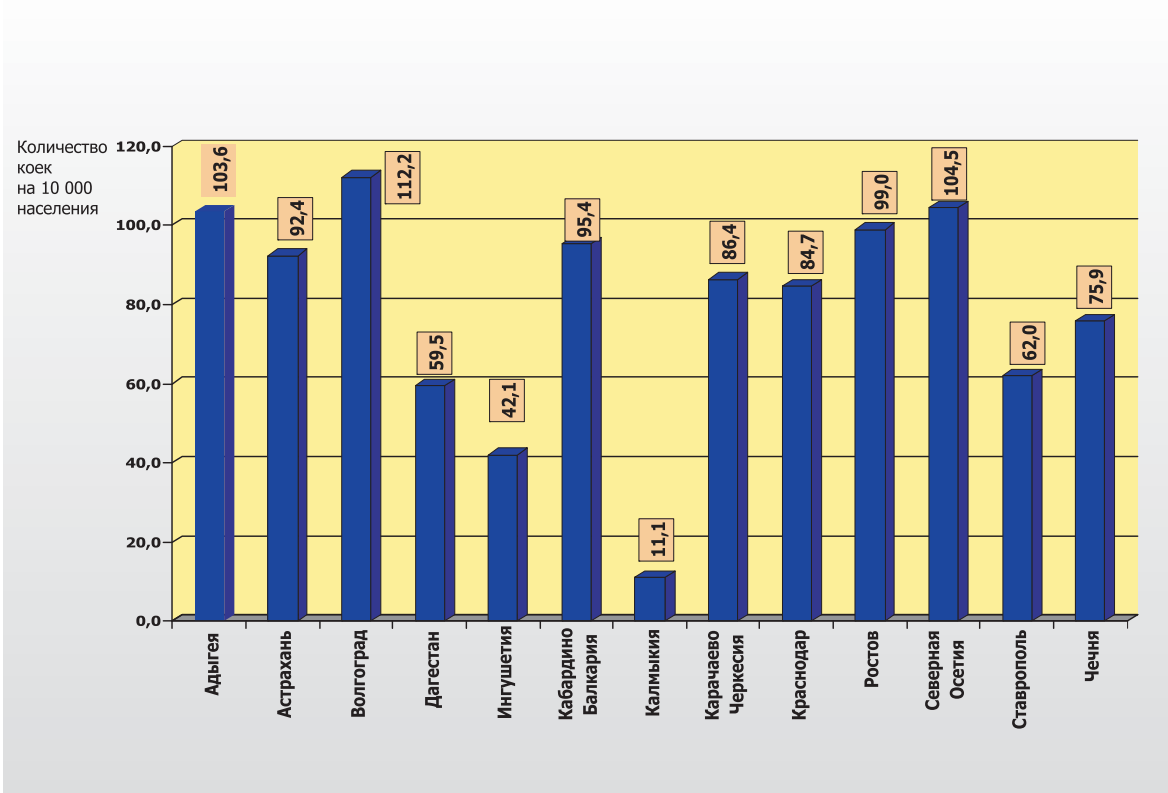


Рисунок 3. Обеспеченность койками на 10 000 населения в субъектах ЮФО

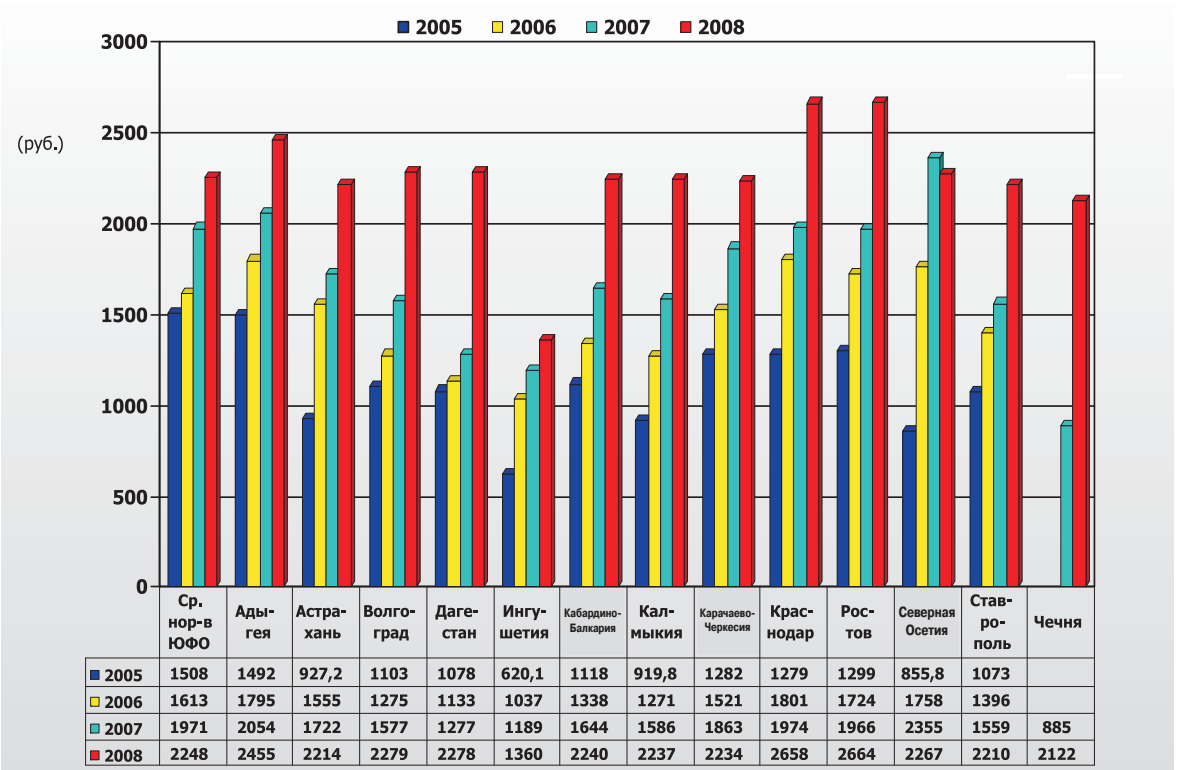
составила по итогам 2008 года 42,0, что на 2,9 больше, нежели в 2007 году (39,1), при этом наиболее низкий показатель сохраняется, как и прежде, в Ингушетии (24,3), наиболее высокий в Северной Осетии (70,1) и Астраханской области (60,6) (для сравнения в Дагестане-32,3) (*Рисунок 2*). Обеспеченность койками на 10 тыс. населения в среднем по ЮФО увеличилась до 83,2 (для сравнения в 2007г.- 80,8) наиболее низкая отмечается в Ингуше-

Количество лечебно-профилактических учреждений, функционирующих в системе ОМС на территории Южного федерального округа, увеличилось в сравнении с предыдущим годом от 1128 до 1179. Растут и показатели обеспеченности врачебными кадрами и койками. Так, обеспеченность врачебными кадрами ЮФО в расчете на 10 тыс. населения составила по итогам 2008 года 42,0, что на 2,9 больше, нежели в 2007 году (39,1), обеспеченность койками на 10 тыс. населения в среднем по ЮФО увеличилась до 83,2 (для сравнения в 2007г.- 80,8).

тии – 42,1, самая высокая в Волгоградской области – 112,2 (для сравнения в Дагестане-59,5) (*Рисунок 3*).

Надо отметить, что в последние годы (2004-2008г.г.) в целом отмечается тенденция к росту общего объема средств, поступающих в бюджеты территориальных фондов ОМС субъектов ЮФО и соответственно росту подушевого норматива по ОМС (*Рисунок 4*). В то же время в ряде регионов Южного Федерального округа, как и в предыдущие годы, сохраняется низкий уровень уплаты страховых взносов на неработающее население. К сожалению, отсутствует единый подход в вопросах определения численности работающего и неработающего населения. По-прежнему утверждение Программ государственных гарантий (ПГГ) оказания бесплатной медицинской помощи населению в ряде субъектов ЮФО происходит с дефицитом от 20 до 30%, т.е. на обязательное медицинское страхование неработающих жителей поступает немногим более двух третей средств от расчетной потребности. В истекшем году размер страховых взносов в расчете на одного неработающего жителя ЮФО составил 1348,25 руб. и колеблется от 427,9 руб. в Ингушетии и 702,2 –в Дагестане до 1885,8 - в Чечне, 1876,4 - в Адыгее, 1813,3 - в Волгограде (*Рисунок 5*).

Эти показатели наглядно характеризуют разные возможности субъектов ЮФО в вопросах финансирования Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи застрахованному населению. В связи с этим Федеральным фондом ОМС предприняты меры по выравниванию условий финансового обеспечения территориальных программ субъектов ЮФО (*Рисунок 6*). Общая сумма дотаций Федерального фонда ОМС на выполнение Программы государственных гарантий (ПГГ) составила в истекшем году 15 165 650,0 тыс.руб., что позволило значительно повысить подушевой норматив финансирования в ряде субъектов ЮФО. При этом доля дотаций Федерального фонда ОМС в общей стоимости территориальной программы ОМС варьирует от 90,5% в Ингушетии до 13,9% в Ростовской области (*Рисунок 7*). К примеру, в Республике Дагестан благодаря дотациям ФОМС подушевой норматив ПГГ увеличился до



	Ср. нор-в ЮФО	Адыгея	Астрахань	Волгоград	Дагестан	Ингушетия	Кабардино-Балкария	Калмыкия	Карачаево-Черкесия	Краснодар	Ростов	Северная Осетия	Ставрополь	Чечня
2005	1508	1492	927,2	1103	1078	620,1	1118	919,8	1282	1279	1299	855,8	1073	
2006	1613	1795	1555	1275	1133	1037	1338	1271	1521	1801	1724	1758	1396	
2007	1971	2054	1722	1577	1277	1189	1644	1586	1863	1974	1966	2355	1559	885
2008	2248	2455	2214	2279	2278	1360	2240	2237	2234	2658	2664	2267	2210	2122

Рисунок 4. Динамика изменений подушевого норматива по ОМС за период 2005-2007 г.г. в субъектах ЮФО (руб.)

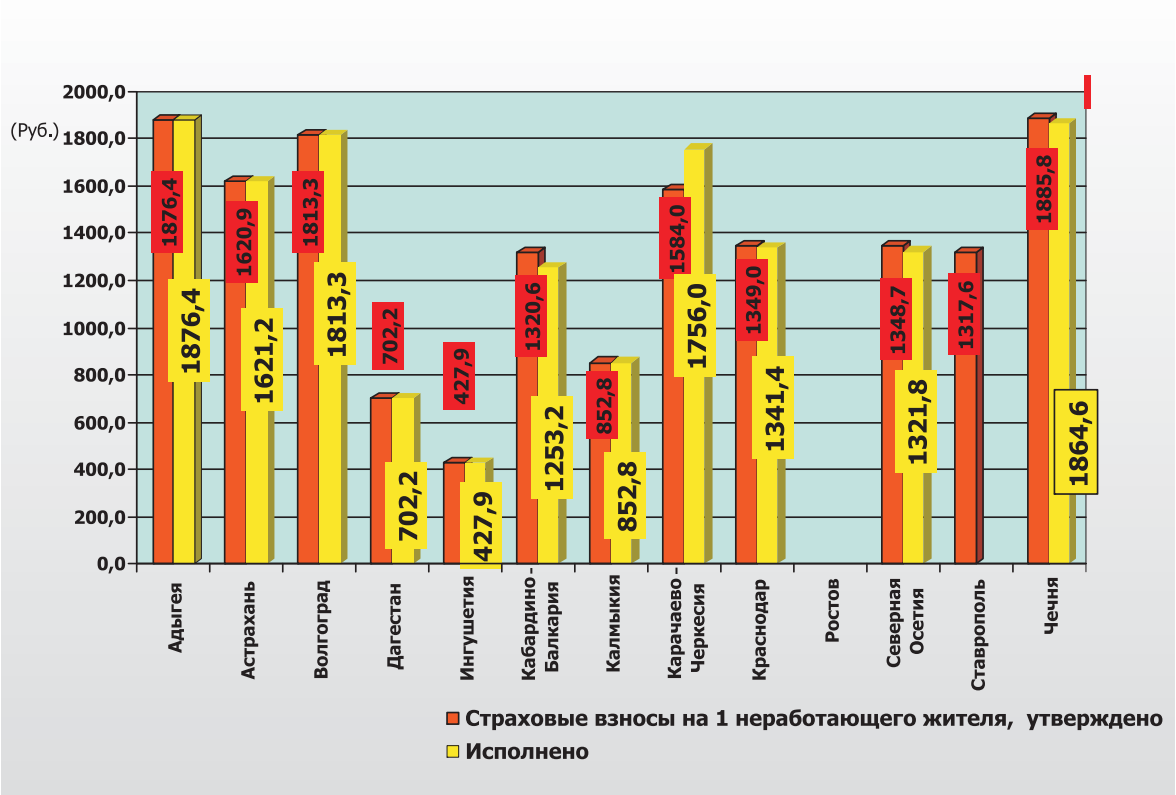


Рисунок 5. Страховые взносы на одного неработающего жителя в субъектах ЮФО (руб.)

3422,9 руб., в т.ч. до 2277,8 руб. - по ОМС (для сравнения: в 2007г.- 1900,0 руб, из них по ОМС – 1277 руб.), что позволило значительно увеличить нормы на питание и медикаменты в стационарах республики.

Таким образом, с учетом дополнительных дотаций ФОМС, поступивших в сентябре 2008 года, финансирование Территориальной программы государственных гарантий в субъектах ЮФО бы-

Общая сумма дотаций Федерального фонда ОМС на выполнение Программы государственных гарантий составила в истекшем году 15 165 650,0 тыс.руб., что позволило значительно повысить подушевой норматив финансирования в ряде субъектов ЮФО.

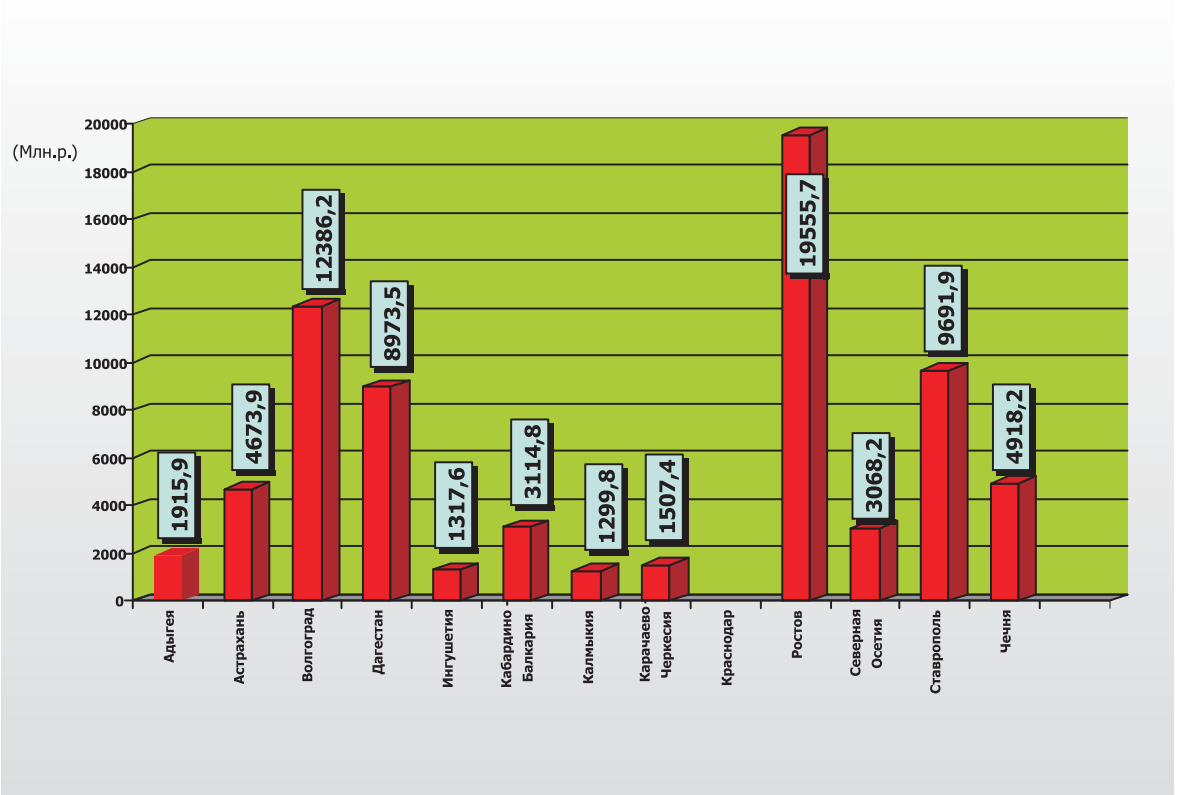


Рисунок 6. Программа госгарантий на 2008 год в субъектах ЮФО (млн.руб.) (*утверждено*)

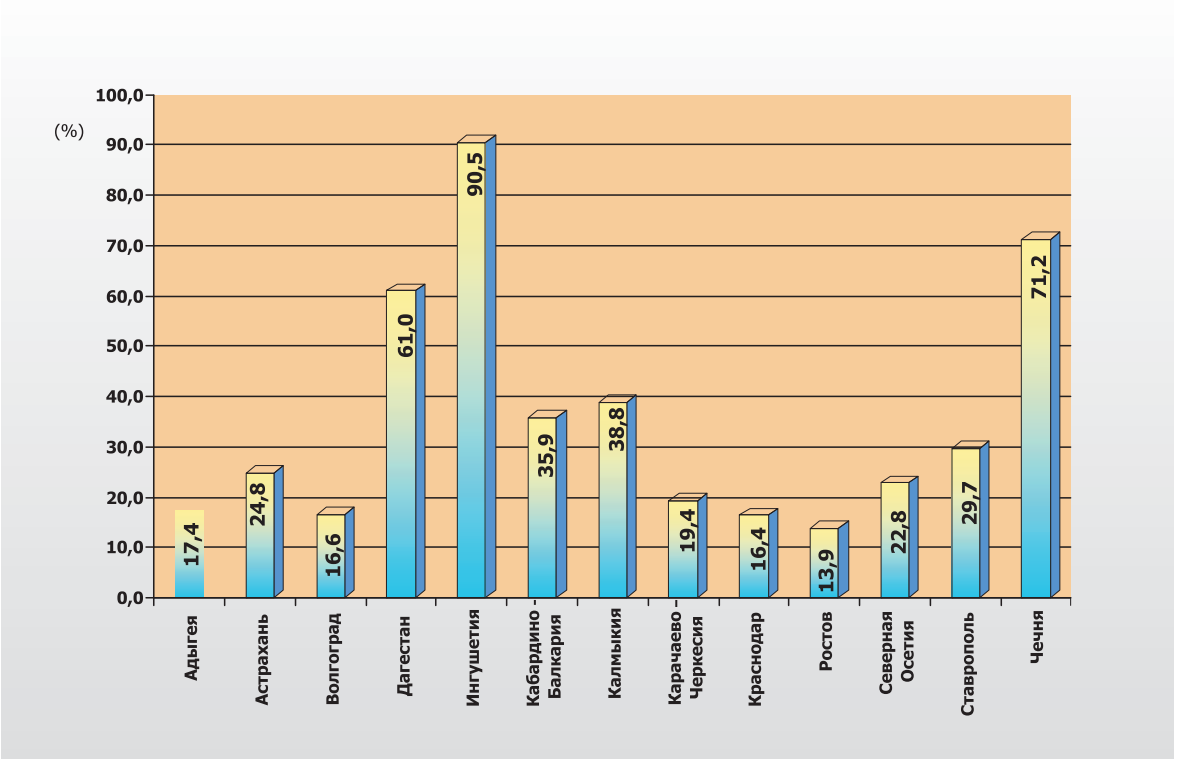


Рисунок 7. Дотации Федерального фонда ОМС субъектам ЮФО в рамках территориальной программы ОМС (в процентном соотношении)

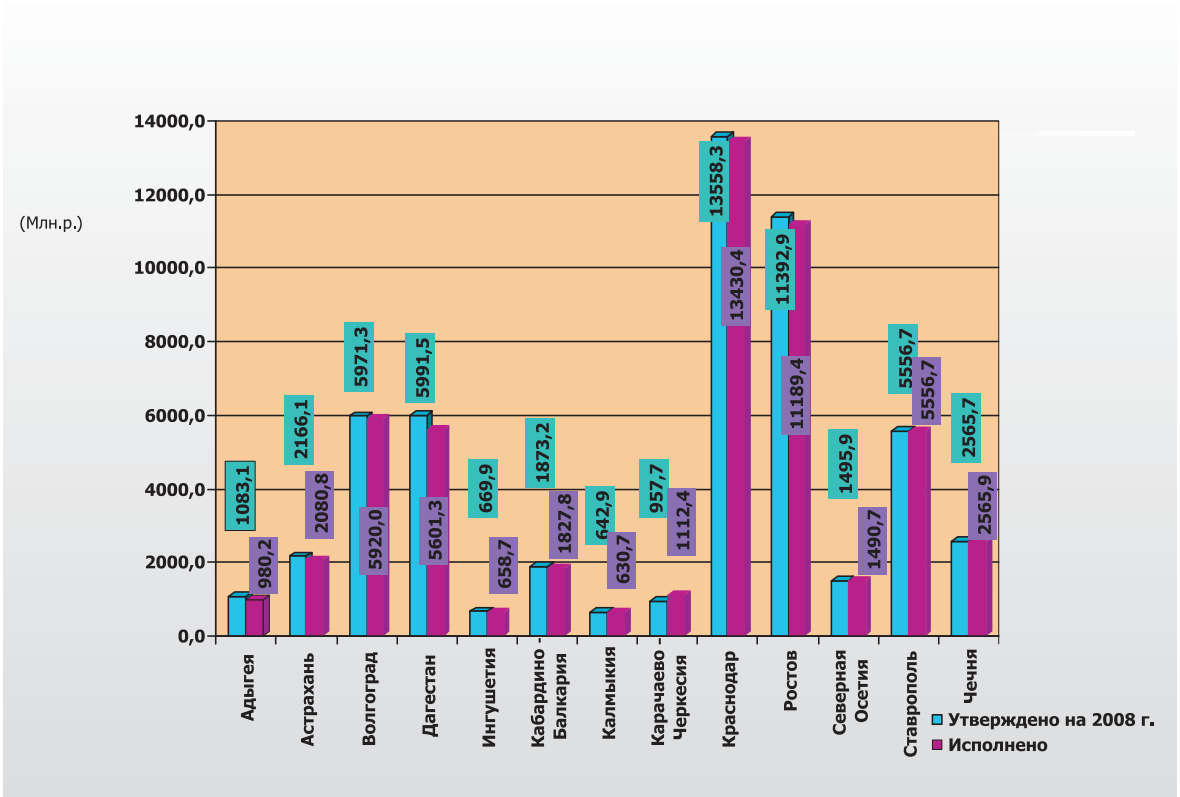


Рисунок 8. Расходы на ОМС в 2008г. в субъектах ЮФО (млн.руб.)

Эксперты Махачкалинского филиала ОМС проводят опрос больных в отделении кардиологии Республиканского центра экстренной медицинской помощи.

ло утверждено в сумме 101 560 840,0 тыс. руб., что более чем на 25 млрд. превышает прошлогоднюю (в 2007г.- 73 981 432,0 тыс.руб.), расходы на ОМС были предусмотрены в сумме 53 905 210,0 тыс.руб., что составляет 53,1%.

Подушевой норматив финансирования (средний расход в расчете на 1 жителя) в ЮФО в соответствии с Программой государственных гарантий был определен в сумме 3880,37руб. (для сравнения в 2007 году - 3213,8 руб.) Наименьший подушевой норматив сложился в Ингушетии (2674,4 руб.), наибольший – в Краснодарском крае (5712,08 руб.)

По итогам 2008 года расходы на ОМС в целом по ЮФО исполнены в сумме 53 045 040,0 тыс. руб., что составляет 98,4% от годового плана (*Рисунок 8*).

Средний расход в рамках территориальной программы ОМС в расчете на одного жителя ЮФО в 2008 году с учетом дополнительных дотаций ФОМС был утвержден в сумме 2247,45 руб. (до выделения дополнительных дотаций было предусмотрено 1787,45 руб.). При этом наименьший расход был запланирован в Ингушетии (1359,7 руб.), наибольший – в Ростовской области (2664,39руб.) и Краснодарском крае (2657,92). (Фактическое исполнение Программы ОМС в расчете на 1 жителя в среднем по ЮФО составило 2217,44 руб. Это неплохой результат (*Рисунок 9*).

Немалая работа проводилась территориальными фондами ОМС по улучшению показателей выполнения объемов и качества медицинской помощи, оказываемой населению.

План койко-дней в расчете на одного жителя ЮФО в среднем выполнен на 99,9% (предусмотрено 2,04 к/дней, фактически выполнено 2,02) Самый низкий процент выполнения запланированного объема койко/дней сложился в Чеченской республике (78,8%), самый высокий – в Северной Осетии (118,6%) (*Рисунок 10*). Несколько ниже средний по ЮФО объемный показатель деятельности дневных стационаров. Количество пациенто-дней, запланированных в расчете на 1 жителя в год, в среднем по ЮФО составило 0,44, фактически выполнено 0,29 пациенто-дней, что составляет только 85%, при этом крайне низкий показатель выполнения паци-

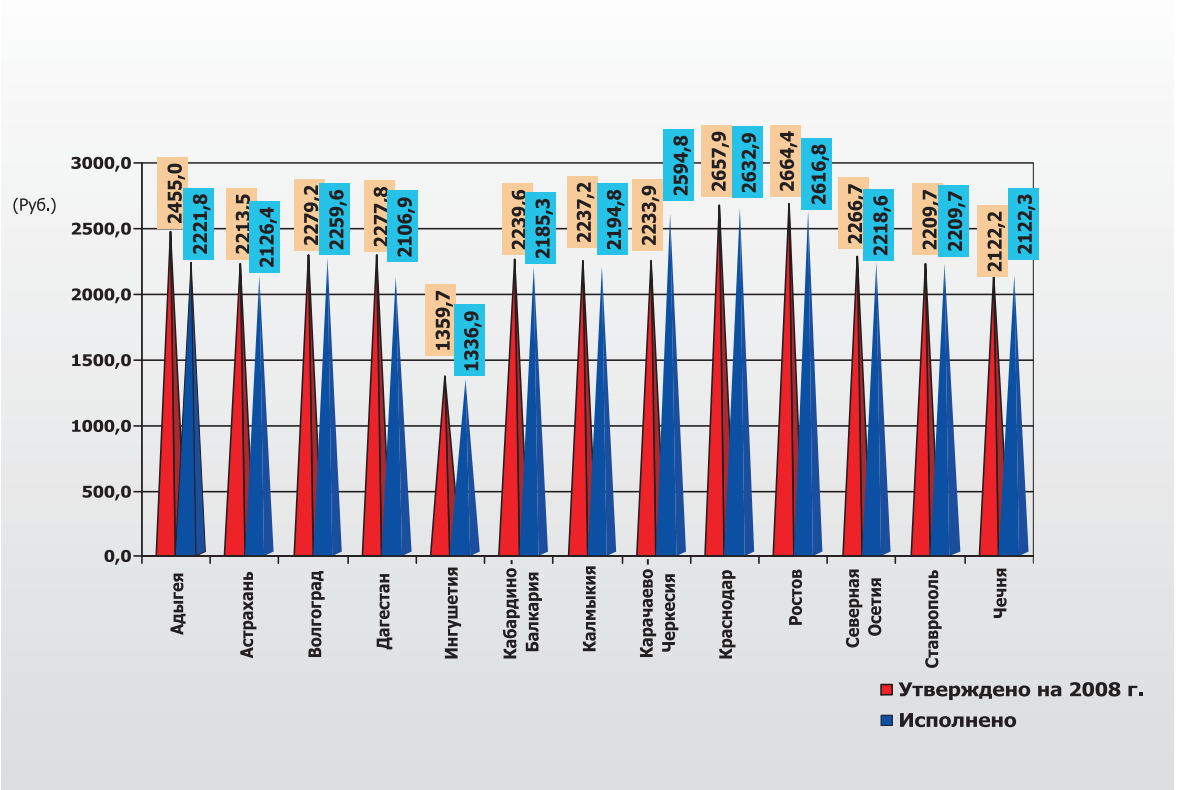


Рисунок 9. Расходы на ОМС в расчете на одного жителя за 2008 г. (план, факт) в субъектах ЮФО (руб.)

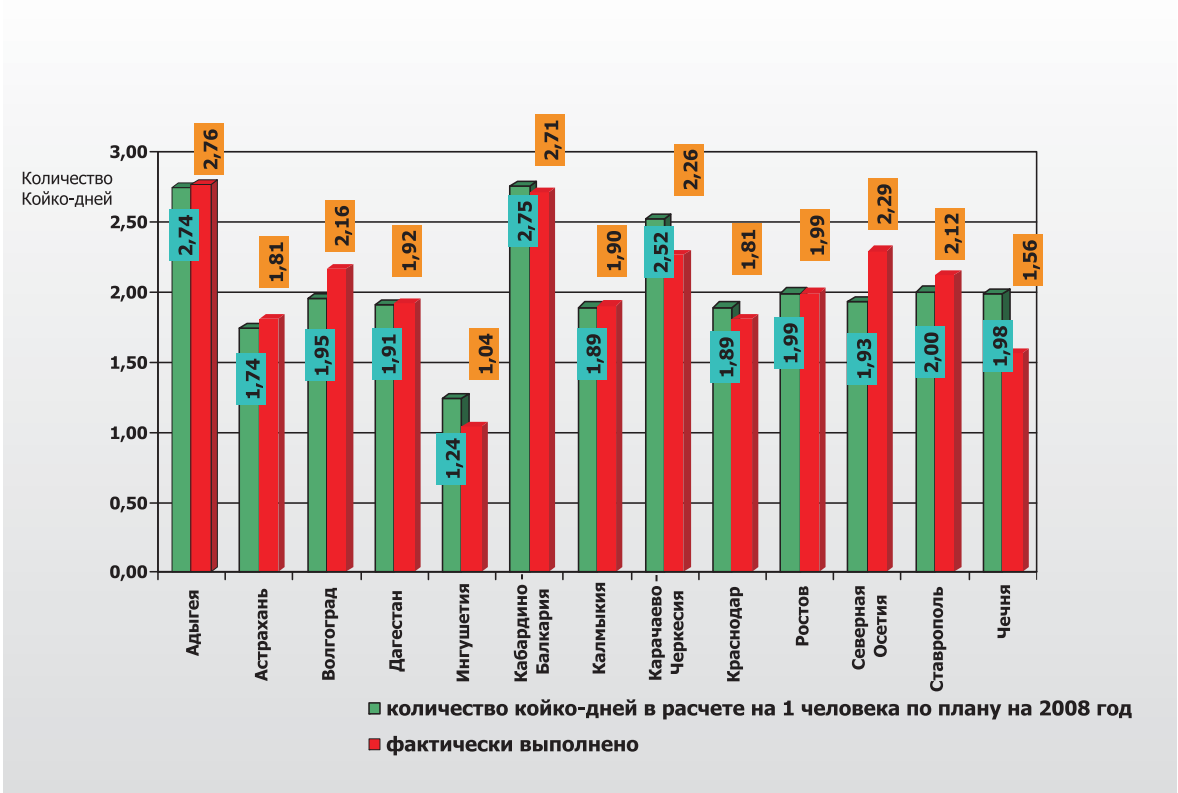


Рисунок 10. Объемы медицинской помощи в субъектах ЮФО. Количество койко-дней в расчете на одного жителя

енто-дней отмечается, как и прежде, в Чеченской республике (9%), высокий показатель – в Кабардино-Балкарии (147%) и Карачаево-Черкесии (105%) (*Рисунок 11*). Надо отметить, что предусмотренный современной концепцией здравоохранения переход к ресурсосберегающим технологиям осуществляется во многих регионах ЮФО недостаточно интенсивно, и в этом направлении нам необходимо усилить работу. Показатель

Наряду с объемами медицинской помощи, территориальными фондами ОМС контролируется качество медицинских услуг, предоставляемых застрахованному населению Южного федерального округа. При этом вневедомственный контроль проводится на 2-х уровнях – плановый контроль страховых случаев, поступивших на оплату, в страховых медицинских организациях и метаэкспертиза страховых случаев, подлежащих обязательному экспертному контролю, в территориальных фондах ОМС.

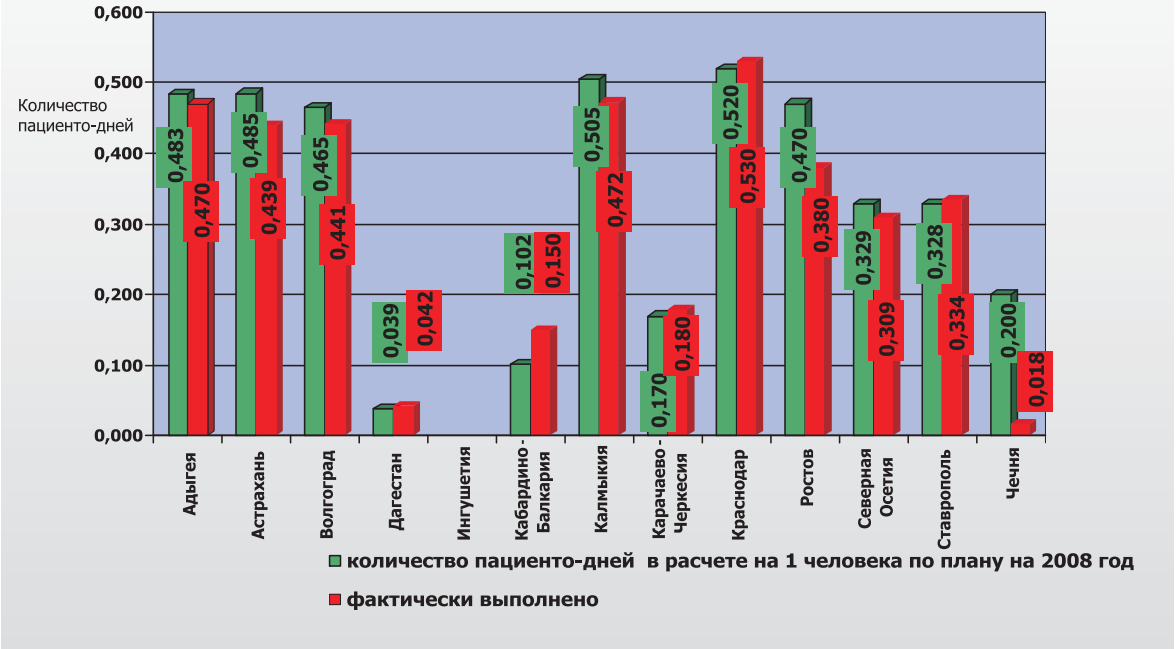


Рисунок 11. Объемы медицинской помощи в субъектах ЮФО. Количество пациенто-дней в расчете на одного жителя

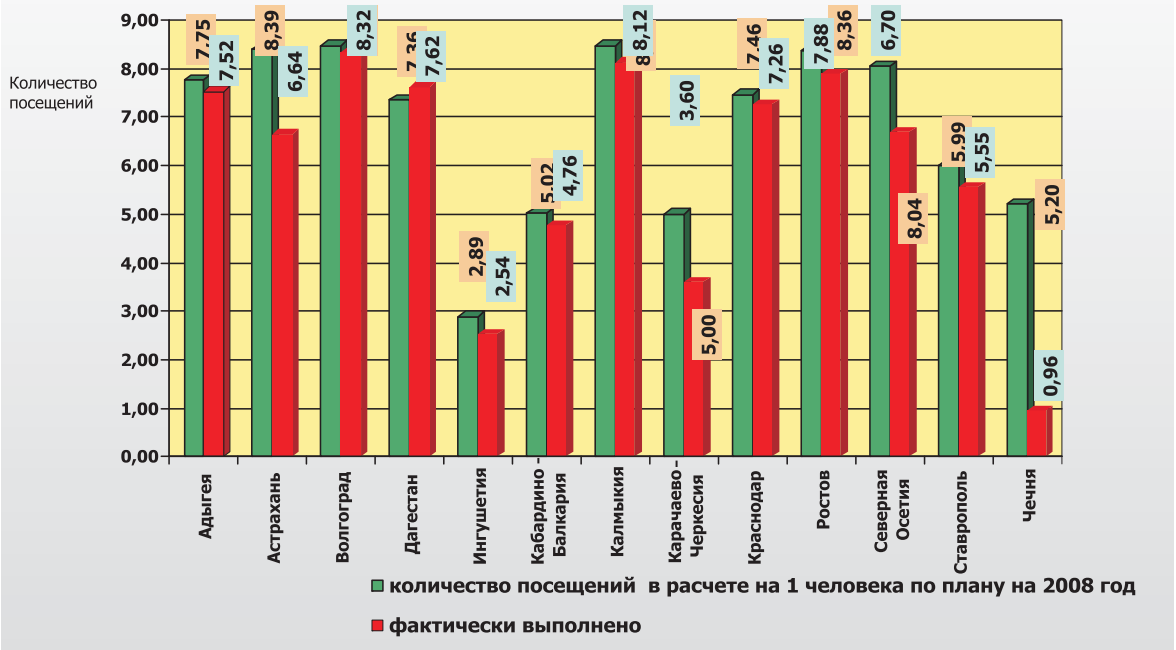


Рисунок 12. Объемы медицинской помощи в субъектах ЮФО. Количество посещений в расчете на одного жителя

Обсуждение результатов проверки Республиканским Фондом ОМС «Дагестан» Республиканского перинатального центра

выполнения объема амбулаторно-поликлинической помощи составил в 2008 году 87,6% от запланированного: в среднем по ЮФО в расчете на 1 жителя было запланировано 6,98 посещений (от 5,0 в Карачаево-Черкессии и Кабардино-Балкарии до 8,3-8,4 в Астрахани, Волгограде, Калмыкии, Чечне), фактическое количество посещений в расчете на 1 жителя составило 5,96 (*Рисунок 12*).

Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» дала возможность регионам Южного федерального округа значительно улучшить оснащение лечебно-профилактических учреждений новейшим оборудованием.

В целях реализации постановления Правительства Российской Федерации от 29.12.2007г. №921 на оплату дополнительной диспансеризации 2163132 работающих граждан Южного федерального округа фактически направлено в 2008 году 882,1 млн.руб. Выполнение плана диспансеризации составило в среднем по ЮФО 96,4% .

Наряду с объемами медицинской помощи территориальными фондами ОМС контролируется качество медицинских услуг, предоставляемых застрахованному населению Южного федерального округа. При этом вневедомственный контроль проводится на 2-х уровнях – плановый контроль страховых случаев, поступивших на оплату, в страховых медицинских организациях и метаэкспертиза страховых случаев, подлежащих обязательному экспертному контролю, в территориальных фондах ОМС. Причем, эта работа каждым территориальным фондом проводится в соответствии с особенностями развития системы здравоохранения в регионе. К примеру, Республиканским фондом ОМС «Дагестан» в целях привлечения внимания органов управления здравоохранением к проблемам повышения качества медицинской помощи было уделено большое внимание организации тематических проверок в лечебных учреждениях республики. Так, в течение последних 2-х лет были организованы тематические проверки организации в стационарах республики лечебного питания и медикаментозного обеспечения, школьной медицины, деятельности участковых врачей-терапевтов и педиатров, результаты которых обсуждались с руководством лечебных учреждений, главами муниципальных образований и доводились до сведения органов управления здравоохранением.

Как известно, немаловажное значение в совокупности медицинских услуг, предоставляемых застрахованным в стационарах, имеет качество обеспечения лечебным питанием и медикаментами, которое, не в последнюю очередь, зависит от средств, отпускаемых на эти цели. Анализ показывает резкое различие нормативов, предусмотренных на эти расходы в субъектах ЮФО. Фактический расход на 1 койко-день на питание в среднем по ЮФО за 2008 год составил 48,2 руб., на медикаменты – 118,8 руб. При этом, самый высокий расход на питание в расчете на 1 койко-день сложился в Чеченской Республике (94,8 руб.), Краснодарском крае (74,4 руб.), Дагестане (74,0руб.); самый низкий – в Волгоградской области (35,0 руб.), Адыгее (35,4 руб.), Ингушетии (38,0 руб.), Калмыкии (38,9 руб.) (*Рисунок 13*).

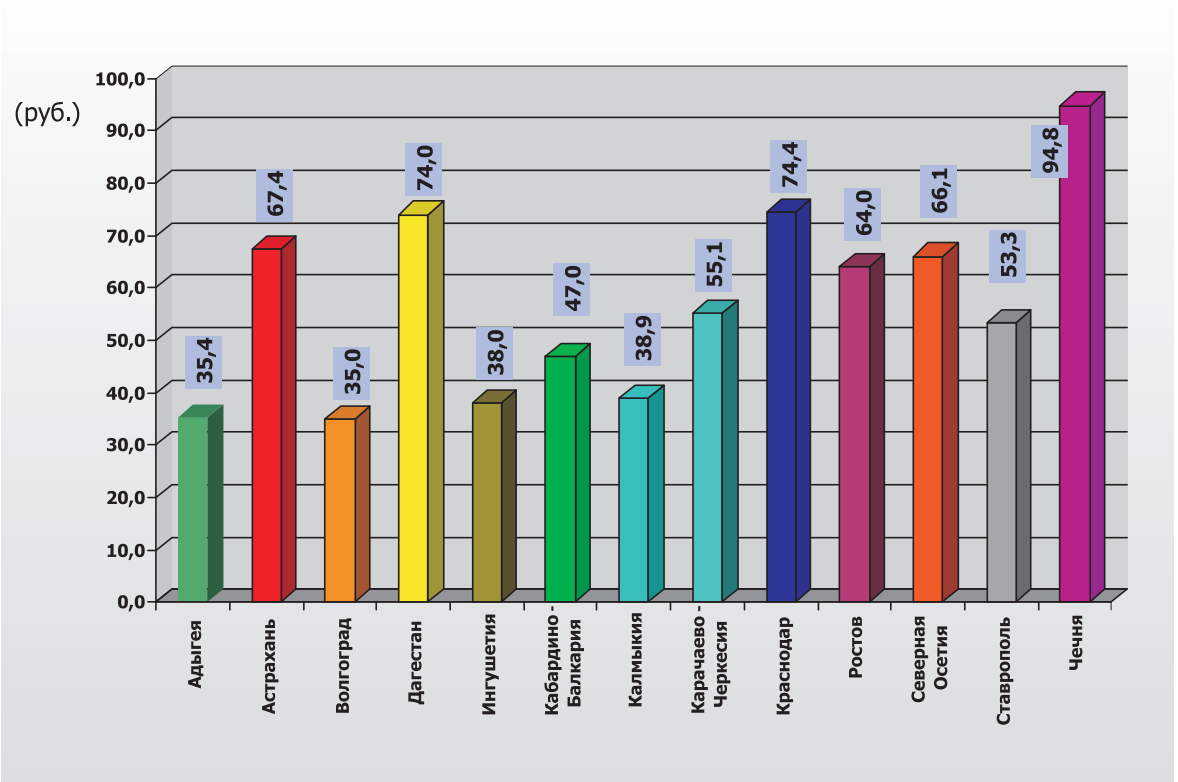


Рисунок 13. Расходы на питание в расчете на один койко-день в субъектах ЮФО

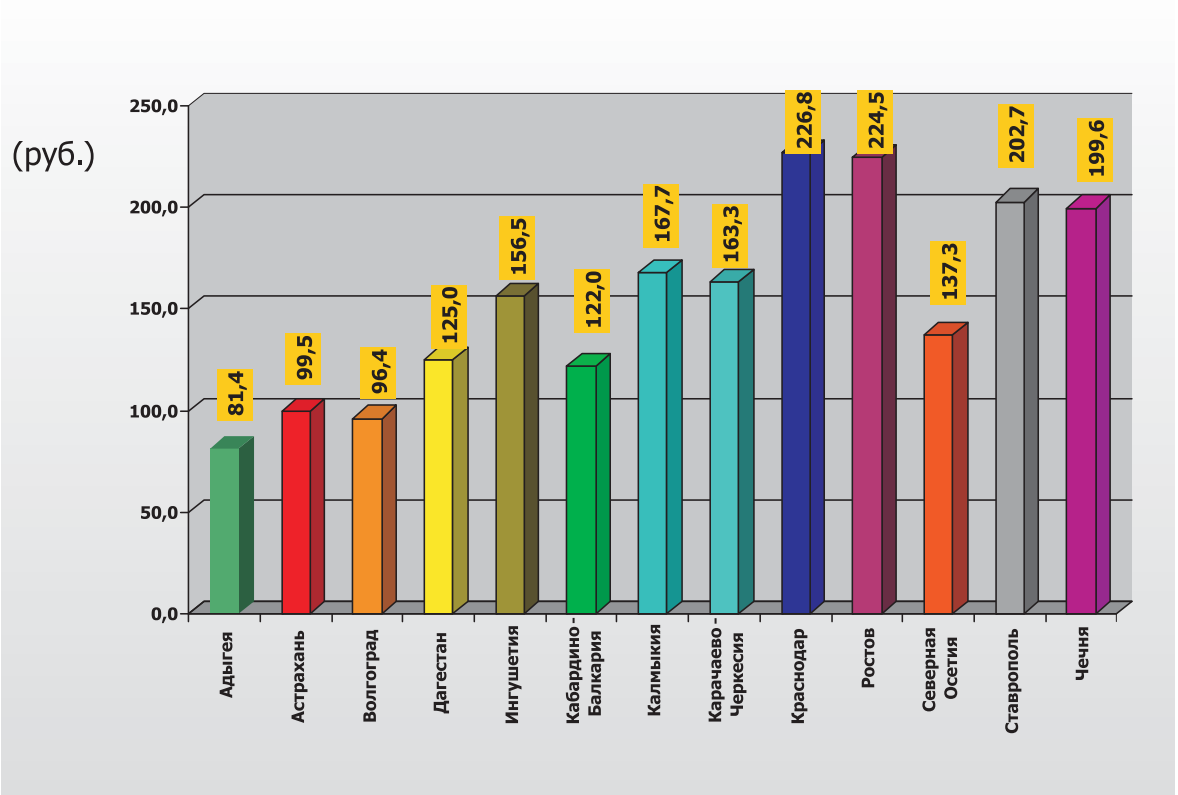


Рисунок 14. Расходы на медикаменты в расчете на один койко-день в субъектах ЮФО (руб.)

Высокий фактический расход на медикаменты в расчете на 1 койко-день сложился в Краснодарском крае (226,7руб), Ростовской области (224,5руб.) Ставропольском крае (202,7руб.), Чеченской Республике (199,6 руб.), наиболее низкий - в Адыгее (81,36 руб.), Волгоградской области (96,4руб.), Астраханской области (99,5руб.). (Для сравнения, в Дагестане – 125,0 руб.) (*Рисунок 14*). В то же время проверки лекарствен-

Особое внимание Президент и Правительство Российской Федерации уделяют вопросам социальной сферы (в т.ч. здравоохранению), придавая им первостепенное значение на современном этапе развития страны и общества. От территориальных фондов ОМС требуется еще более четкая организация функционирования системы обязательного медицинского страхования с целью повышения уровня медицинской помощи населению, полной отдачи сил и профессиональных навыков для решения важных задач, которые ставят перед нами жизнь и время.

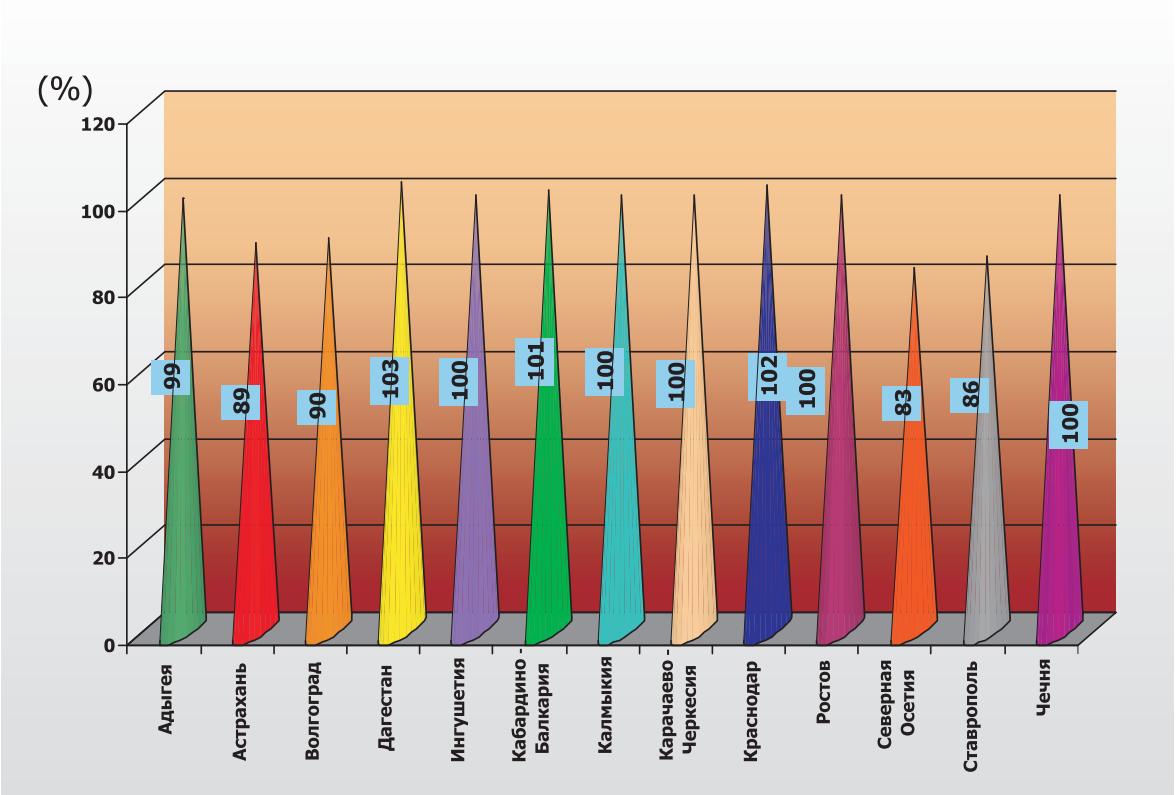


Рисунок 15. Выполнение объемов дополнительной диспансеризации в субъектах ЮФО (%) (по итогам 2008 года)

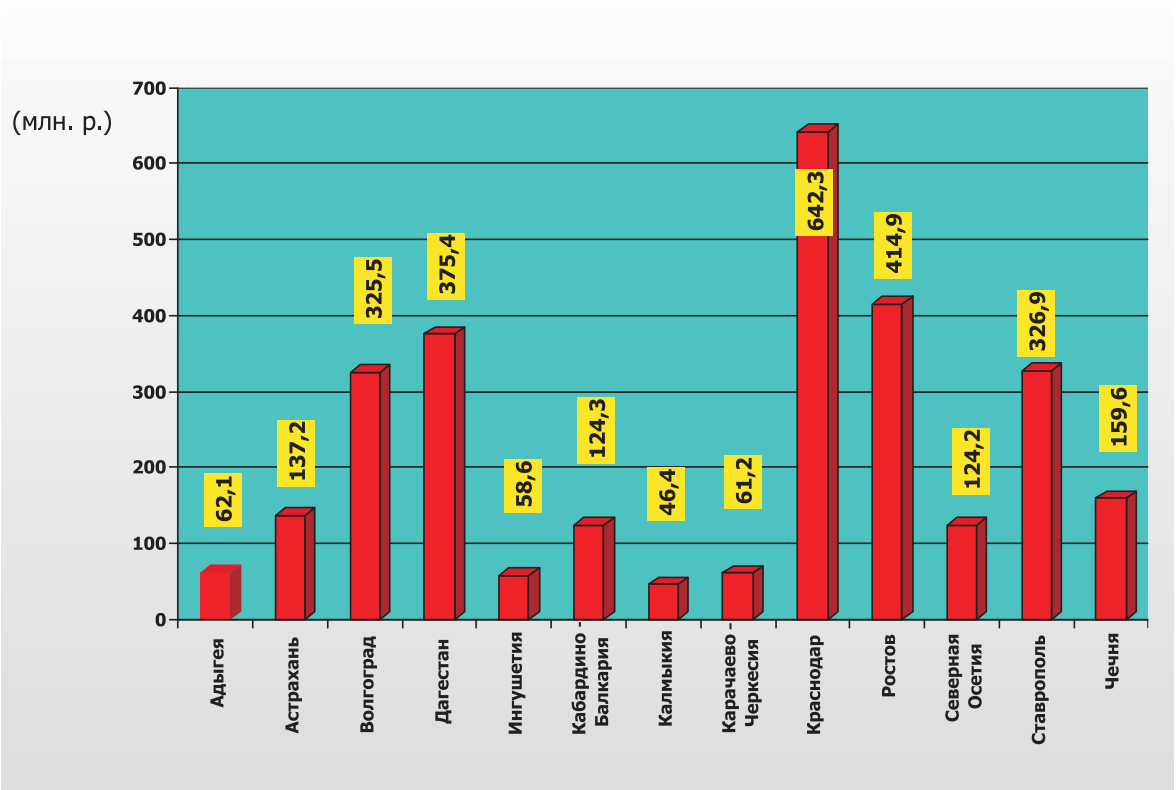


Рисунок 16. Субвенции на оплату участковым врачам и медсестрам в субъектах ЮФО (млн.руб.)

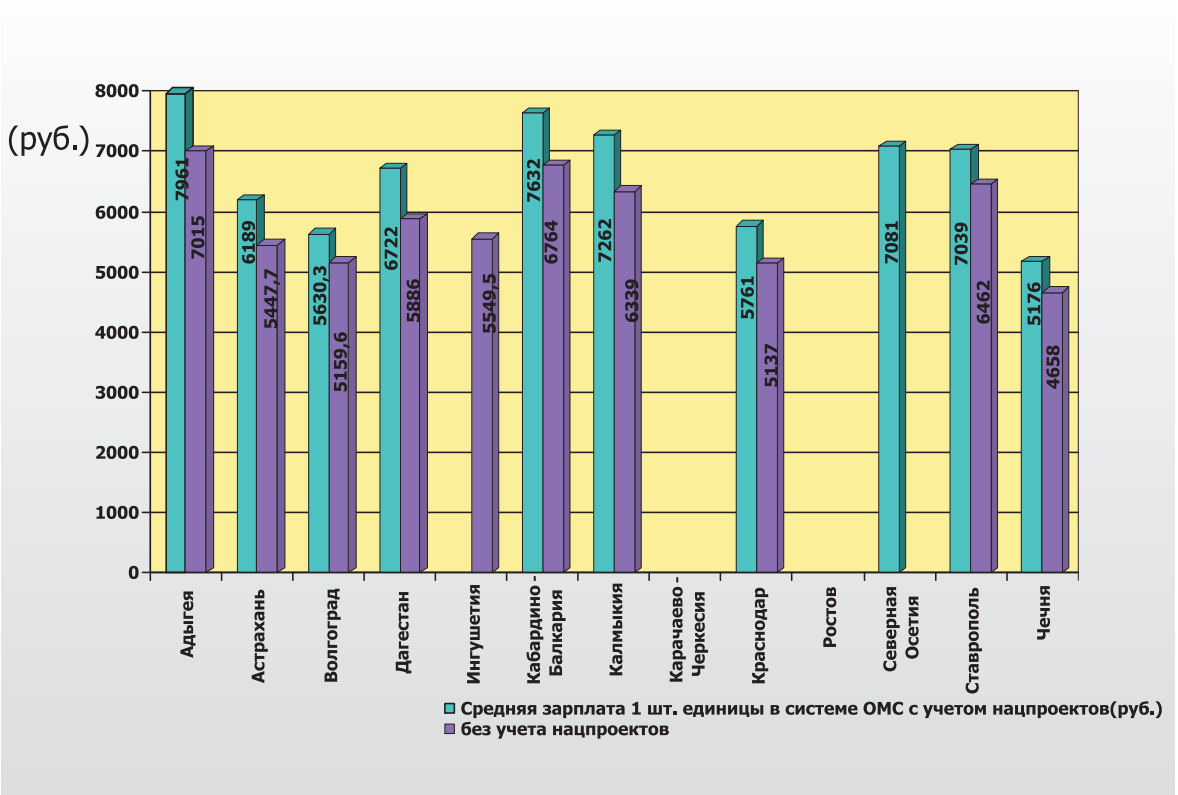


Рисунок 17. Средняя зарплата одной штатной единицы в системе ОМС в субъектах ЮФО (руб.)

ного обеспечения и организации лечебного питания показали, что не во всех ЛПУ в должной мере осваиваются выделенные средства и не всегда имеется прямая зависимость между ростом денежного обеспечения и качеством организации лечебного процесса. Более того, выраженная зависимость имеется между квалификацией и добросовестным отношением к своим функциональным обязанностям медицинского персонала с одной стороны и качеством лечебного процесса с другой.

Хочется отметить, что реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» дала возможность регионам Южного федерального округа значительно улучшить оснащение лечебно-профилактических учреждений новейшим оборудованием, хотя в ряде муниципальных образований сельской местности не полностью решены проблемы с оборудованием и аппаратурой для медицинских учреждений (не во всех учреждениях имеется достаточное оснащение для выполнения стандартов, предусмотренных при проведении дополнительной диспансеризации).

В целях реализации постановления Правительства Российской Федерации от 29.12.2007г. №921 на оплату дополнительной диспансеризации 2163132 работающих граждан Южного федерального округа фактически направлено в 2008 году 882,1 млн.руб. Выполнение плана диспансеризации составило в среднем по ЮФО 96,4% (*Рисунок 15*).

Распределение по группам здоровья среди работающих граждан ЮФО, прошедших дополнительную диспансеризацию, сложилось следующим образом: к 1 группе (практически здоровые) было отнесено 291380 человек, что составило 32,65% от общего числа обследованных, ко 2 группе (группа риска) -141187 (15,9%), к 3 группе (нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в амбулаторно-поликлинических условиях) – 445232 (49,8%), к 4 группе (нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в условиях стационара) -14864 (1,6%), к 5 группе (нуждающиеся в дорогостоящей и высокотехнологичной помощи) - 469 человек (0,05%). При этом в результате проведенной диспансеризации впервые выявлено 150 больных туберкулезом, в т.ч. 6 больных – в поздней стадии,

На обходе в реанимационном отделении для новорожденных Республиканского перинатального центра

637 больных злокачественными заболеваниями, в т.ч. 48 – в запущенной стадии, 3678 больных сахарным диабетом, в т.ч. 164- в поздней стадии, а также – 25 больных гепатитом В и С, в т.ч. 2-в поздней стадии.

Надо отметить, что контроль качества дополнительной диспансеризации, проводимый экспертами фондов, и совершенствование диагностических возможностей и методов проведения дополнительной диспансеризации принесли свои плоды: повысилась выявляемость заболеваний, в том числе и среди больных, нуждающихся в получении высокотехнологичной медицинской помощи, улучшилось своевременное взятие на диспансерный учет выявленных больных, лечение, наблюдение и реабилитация диспансерных больных.

В 2008 году работа по укомплектованию первичного звена врачами и средним медицинским персоналом, их обучению и повышению квалификации практически подошла к завершению. Во всех территориальных фондах своевременно были составлены регистры специалистов первичного звена, заключены трудовые соглашения на оказание дополнительной медицинской помощи с работниками в полном объеме. На оплату дополнительной медицинской помощи работникам, оказывающим первичную медико-санитарную помощь в рамках постановления Правительства Российской Федерации от 29.12.2007г. №864, из бюджета Федерального фонда ОМС в 2008 году получены территориальными фондами субъектов ЮФО субвенции в объеме 2 564 300,0 тыс.руб. (*Рисунок16*).

Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» на территории субъектов ЮФО дала возможность увеличить заработную плату медицинским работникам. В 2008 году заработная плата из расчета на 1 штатную единицу в системе ОМС с учетом приоритетного национального проекта «Здоровье» в среднем по ЮФО составила 6129,5 руб. (для сравнения в 2007г.-5580,5руб.), т.е. выросла в сравнении с предыдущим годом на 22% (*Рисунок 17*).

Благодаря усилению внимания в последнее время со стороны глав республик, краев и областей к проблемам здравоохранения и принятию ими дополнительных мер улучшилась работа по решению проблем, имевших место в субъектах ЮФО в предшествующие годы.

Особое внимание Президент и Правительство Российской Федерации уделяют вопросам социальной сферы (в т.ч. здравоохранению), придавая им первостепенное значение на современном этапе развития страны и общества. От территориальных фондов ОМС требуется еще более четкая организация функционирования системы обязательного медицинского страхования с целью повышения уровня медицинской помощи населению, полной отдачи сил и профессиональных навыков для решения важных задач, которые ставят перед нами жизнь и время.

С.В. Шойко, Н.Н. Абашин, Ю.В. Кажарская, О.В. Стрельцова, А.А.Скрипко
ГУ Территориальный фонд ОМС граждан Иркутской области

Опыт применения регрессных исков в системе обязательного медицинского страхования Иркутской области как элемента защиты прав граждан и интересов государства

С.В. Шойко

Исполнительный директор ГУ ТФОМС граждан Иркутской области

Свою работу по предъявлению регрессных исков к юридическим и физическим лицам государственное учреждение Территориальный фонд обязательного медицинского страхования граждан Иркутской области (далее ГУ ТФОМС) начал выстраивать в соответствии с требованием закона Российской Федерации от 28.06.1991 г. №1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (статья 28), ст. 1064 Гражданского кодекса Российской Федерации, методических рекомендаций Федерального фонда обязательного медицинского страхования «Оценка и возмещение затрат, связанных с оказанием медицинской помощи гражданам, пострадавшим в результате противоправных действий юридических и физических лиц».

Предъявление системы регрессных исков к физическим и юридическим лицам, ответственным за вред, причиненный здоровью застрахованного, является одним из путей реализации задач по оптимизации финансовой обеспеченности Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе в части программы обязательного медицинского страхования (ОМС).

К 2004 году отделом организации ОМС исполнительной дирекции ГУ ТФОМС был обобщен опыт по порядку взыскания денежных средств, затраченных на оказание медицинской помощи пострадавшим с лиц, причинивших вред здоровью гражданина (застрахованного), а также процедурные вопросы предъявления регрессных исков. Взыскание денежных средств ОМС, затраченных на оплату медицинской помощи пролеченным больным, является средством возмещения имущественного вреда, который подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред.

Для предъявления требований о возмещении материального ущерба от преступления необходима информация о характере, месте и времени причиненного вреда, наименовании медицинской организации и сроках пребывания в ней пролеченного пациента, подтверждение того, что вред был причинен в результате противоправных действий третьих лиц, наличие причинно-следственной связи противоправных действий и причиненного вреда здоровью, данные о лицах, причинивших вред потерпевшему, и другие доказательства.

До 2004 года предъявление исковых требований к причинителям вреда носило единичный характер, поскольку не было сведений о причинах, повлекших вред здоровью гражданина, а также о лицах, совершивших противоправные деяния. Данным процессом занимались в основном страховщики, но их экономическая мотивация была крайне низкой, что и побудило исполнительную дирекцию ГУ ТФОМС активизировать работу по данному направлению. В рамках сотрудничества с прокуратурой Иркутской области была разработана схема предъявления регрессных исков в системе ОМС к физическим и юридическим лицам на взыскание денежных средств, затраченных на оплату медицинской помощи, оказанной потерпевшему от противоправных действий с участием прокуратуры. При этом, совместно были разработаны

ГУЗ Иркутская государственная областная детская клиническая больница

«Методические рекомендации о порядке предъявления исков о возмещении средств, затраченных на лечение граждан, пострадавших от преступных посягательств» (далее – Методические рекомендации).

В соответствии с Методическими рекомендациями возмещение ущерба по гражданскому иску в уголовном деле производится лишь тогда, когда в действиях виновного имеются признаки преступления. При причинении вреда действиями невменяемого, в отношении которого решается вопрос о применении принудительных мер медицинского характера, иск рассмотрению в уголовном деле не подлежит и может быть предъявлен в порядке гражданского судопроизводства. Взыскание с виновного средств, затраченных на лечение потерпевшего, не производится, если вред причинен в состоянии внезапно возникшего сильного душевного волнения, вызванного неправомерными действиями потерпевшего. Законодательство не предусматривает возмещение расходов медицинских организаций, затраченных ими на оказание медицинской помощи гражданам, здоровью которых причинен вред противоправными действиями, совершенными по неосторожности.

Схема функционального взаимодействия участников системы регрессных исков представлена на *Рисунке 1*.

Если медицинская помощь, оказанная потерпевшему, была профинансирована за счет средств ОМС, взыскание средств, затраченных на лечение, должно быть произведено в доход государства, т.к. в соответствии с Законом Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», медицинская организация заключает со СМО договор на ОМС.

После оказания пациенту медицинской помощи медицинская организация предъявляет СМО счет на оплату медицинских услуг. Финансирование программы осуществляет ГУ ТФОМС на основании заключенных договоров со СМО и контролирует их деятельность в части целевого и рационального использования средств. В соответствии со ст. 12 Федерального Закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» территориальные фонды ОМС создаются для реализации государственной политики в области ОМС как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные учреждения, которые предназначены для аккумулирования финансовых средств на ОМС. Финансовые средства территориальных фондов ОМС находятся в государственной собственности Российской Федерации. Таким образом, интерес государства, связанный со взысканием с виновных лиц средств, затраченных на лечение потерпевших, несомненен.

В соответствии со ст. 45 Гражданского процессуально-

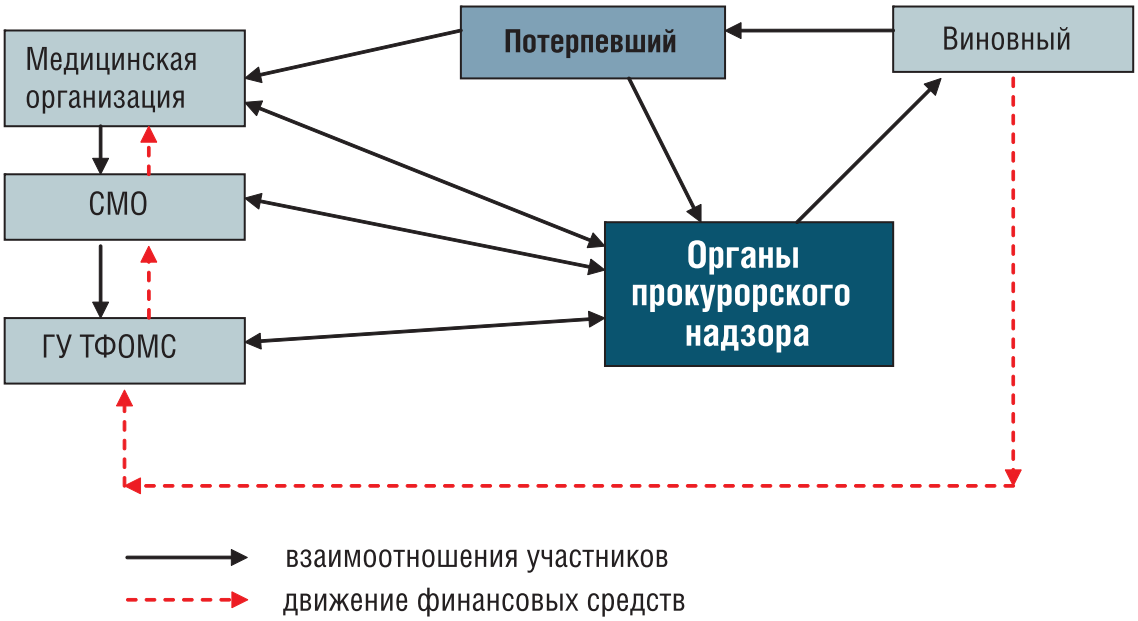


Рисунок 1. Функциональное взаимодействие участников системы регрессных исков

го кодекса Российской Федерации прокурор вправе обратиться в суд с заявлением в защиту интересов Российской Федерации, следовательно, иски о взыскании средств, затраченных на лечение, должны быть предъявлены прокурором в интересах Российской Федерации. Третьим лицом на стороне истца выступает ГУ ТФОМС, в чью пользу взыскиваются средства.

Затраты на лечение потерпевших, не застрахованных в СМО, взыскиваются в пользу медицинских организаций государственной (муниципальной системы здравоохранения), понесших фактические расходы. В таких случаях прокурор предъявляет иск в защиту интересов субъекта Российской Федерации либо муниципального образования. Медицинские организации должны быть привлечены в

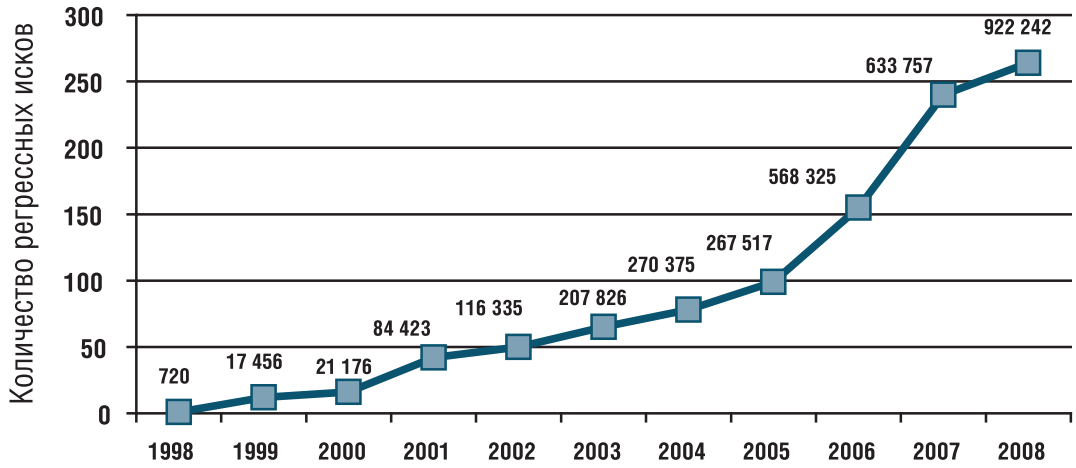


Рисунок 2. Динамика взыскания денежных средств (в руб.) при проведении процедуры регрессных исков

качестве третьего лица на стороне истца.

В соответствии с требованиями ст. 73 Уголовного процессуального кодекса Российской Федерации в ходе расследования уголовных дел, наряду с другими обстоятельствами, подлежит доказыванию характер и размер вреда, причиненного преступлением. При предъявлении иска прокурором сведения о сумме затраченных средств на оплату медицинской помощи потерпевшему должны быть представлены ГУ ТФОМС (СМО) либо медицинской организацией по запросу прокуратуры, органа внутренних дел. В подтверждение сведений должны быть истребованы: справка медицинской организации об оказании помощи потерпевшему с указанием стоимости лечения за счет средств бюджета либо за счет средств ГУ ТФОМС; копия предъявленной медицинской организацией счета-фактуры за оказанную помощь; сведения об оплате счета.

Анализ результатов по применению регрессных исков в системе ОМС на территории Иркутской области в динамике, особенно начиная с 2005 года, свидетельствует об эффективности работы (*Рисунок 2*).

Тщательное изучение накопленного опыта, его обобщение и внедрение позволят возместить расходы на медицинскую помощь, оказанную в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Иркутской области, потерпевшим от преступлений. Таким образом, использование системы регрессных исков является пусть и не столь значимым по размерам, но все-таки резервом оптимизации финансового обеспечения Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. При этом дальнейшее совершенствование процедуры предъявления регрессных требований на уровне субъекта Российской Федерации возможно только при совместном сотрудничестве всех участников системы ОМС и органов прокурорского надзора.

НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ И ДОКУМЕНТЫ

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ
от 31 декабря 2008 г. №1100
МОСКВА

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 24 ДЕКАБРЯ 2007 Г. №921

Правительство Российской Федерации постановляет:

Утвердить прилагаемые изменения, которые вносятся в Постановление Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2007 г. №921«О порядке предоставления в 2008 - 2009 годах из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, №53, ст. 6617).

Председатель Правительства
Российской Федерации В.ПУТИН

Утверждены
Постановлением Правительства
Российской Федерации
от 31 декабря 2008 г. №1100

ИЗМЕНЕНИЯ, КОТОРЫЕ ВНОСЯТСЯ В ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 24 ДЕКАБРЯ 2007 Г. №921

1. Преамбулу изложить в следующей редакции:

«В целях реализации статьи 9 Федерального закона «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2008 год и на плановый период 2009 и 2010 годов» и статьи 4 Федерального закона «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2009 год и на плановый период 2010 и 2011 годов» Правительство Российской Федерации постановляет:».

2. В Правилах предоставления в 2008 - 2009 годах из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан, утвержденных указанным Постановлением:

а) пункт 2 изложить в следующей редакции:

«2. Дополнительная диспансеризация работающих граждан проводится учреждениями муниципальной и государственной систем здравоохранения в соответствии с законодательством Российской Федерации (далее - учреждения здравоохранения).»;

б) подпункт «г» пункта 5 после слов «клиническая лабораторная диагностика» дополнить словами «(с 2009 года - с учреждениями здравоохранения, имеющими лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по специальностям, определяемым Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации)».

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (Минздравсоцразвития России)

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

от 12 февраля 2009 г. №14-6/10/2-834

Руководителям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации

Исполнительным директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования

О численности работающих граждан, подлежащих дополнительной диспансеризации в 2009 году

В целях реализации постановления Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2007 года №921 «О порядке предоставления в 2008 - 2009 годах из бюджета федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан» направляем для использования в работе сведения о численности работающих граждан, подлежащих дополнительной диспансеризации в 2009 году.

Приложение: на 3 л.

Заместитель министра В. Скворцова

СВЕДЕНИЯ
о численности работающих граждан, подлежащих дополнительной диспансеризации в 2009 году в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2007 г. №921
(в редакции от 31 декабря 2008 г. №1100)

№	Субъекты-Российской Федерации	Расчетная численность работающих граждан, подлежащих дополнительной диспансеризации в 2009 году
1	2	3
	Российская Федерация	**3 838 771**
	Центральный федеральный округ	**928 219**
1.	Белгородская область	59 813
2.	Брянская область	52 901

1	2	3
3.	Владимирская область	42 886
4.	Воронежская область	69 689
5.	Ивановская область	27 565
6.	Калужская область	35 426
7.	Костромская область	23 130
8.	Курская область	45 470
9.	Липецкая область	30811
10.	Московская область	128 000
11.	Орловская область	40 389
12.	Рязанская область	17 000
13.	Смоленская область	14 300
14.	Тамбовская область	30 642
15.	Тверская область	20 141
16.	Тульская область	37 772
17.	Ярославская область	52 284
18.	г. Москва	200 000
	Северо-Западный федеральный округ	**338 895**
19.	Республика Коми	22 022
20.	Республика Карелия	10 000
21.	Архангельская область	30 007
22.	Вологодская область	37 968
23.	Калининградская область	15 000
24.	Ленинградская' область	38 481.
25.	Мурманская область	24 971
26.	Новгородская область	29 000
27.	Псковская область	14 446
28.	г. Санкт-Петербург	116 000
29.	Ненецкий автономный округ	1000
	Южный федеральный округ	**520 851**
30.	Республика Адыгея	9 739
31.	Республика Дагестан	79 027
32.	Республика Ингушетия	6 164
33.	Кабардино-Балкарская Республика	16023
34.	Республика Калмыкия	10 721
35.	Карачаево-Черкесская Республика	8 543
36.	Республика Северная Осетия	10 220
37.	Чеченская Республика	25 822
38.	Краснодарский край	104 585
39.	Ставропольский край	66 473
40.	Астраханская область	30 534
41.	Волгоградская область	53 000
42.	Ростовская область	100 000
	Приволжский федеральный округ	**772 190**
43.	Республика Башкортостан	97 932
44.	Республика Марий-Эл	25 231
45.	Республика Мордовия	48 740
46.	Республика Татарстан	77 000
47.	Удмуртская Республика	33 000
48.	Чувашская Республика	52 039
49.	Пермский край	48 000
50.	Кировская область	84 895
51.	Нижегородская область	42 815
52.	Оренбургская область	45 845
53.	Пензенская область	66 477
54.	Самарская область	30 562
55.	Саратовская область	96 654
56.	Ульяновская область	23 000

1	2	3
	Уральский федеральный округ	**400163**
57.	Курганская область	30 673
58.	Свердловская область	143 380
59.	Тюменская область	39 024
60.	Челябинская область	120 364
61.	Ханты-Мансийский автономный округ	62 022
62.	Ямало-Ненецкий автономный округ	4 700
	Сибирский федеральный округ	**679 481**
63.	Республика Алтай	6 366
64.	Республика Бурятия	20 174
65.	Республика Тыва	6 594
66.	Республика Хакасия	12 295
67.	Алтайский край	75 781
68.	Красноярский край	120 987
69.	Иркутская область	58 534
70.	Кемеровская область	95 741
71.	Новосибирская область	143 987
72.	Омская область	64 031
73.	Томская область	37 508
74.	Забайкальский край	37 483
	Дальневосточный федеральный округ	**198 972**
75.	Республика Саха (Якутия)	25 000
76.	Камчатский край	13 935
77.	Приморский край	65 802
78.	Хабаровский край	40 753
79.	Амурская область	32 205
80.	Магаданская область	5 398
81.	Сахалинская область	9 000
82.	Еврейская автономная область	3 550
83.	Чукотский автономный округ	3 329

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (Минздравсоцразвития России)

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО
от 20 февраля 2009 г. №14-6/10/2-1106

Руководителям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации

Исполнительным директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования (по списку)

О численности работающих граждан, подлежащих дополнительной диспансеризации в 2009 году

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации направляет для использования в работе уточненные сведения о численности работающих граждан, подлежащих дополнительной диспансеризации в 2009 году.

Приложение: на 1 л.

Заместитель министра В. Скворцова

СВЕДЕНИЯ
о численности работающих граждан, подлежащих дополнительной диспансеризации в 2009 году в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2007 г. №921
(в редакции от 31 декабря 2008 г. №1100)

№	Субъекты-Российской Федерации	Расчетная численность работающих граждан, подлежащих дополнительной диспансеризации в 2009 году
49.	Пермский край	68 477
50.	Кировская область	48 000
51.	Нижегородская область	86 895
52.	Оренбургская область	42 815
53.	Пензенская область	46 626
67.	Алтайский край	71 000

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (Минздравсоцразвития России)

ПРИКАЗ
от 24 февраля 2009 г. № 67н
МОСКВА

О ПОРЯДКЕ ПРОВЕДЕНИЯ В 2009 ГОДУ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН

Зарегистрирован в Минюсте РФ 18 марта 2009 г. Регистрационный №13542

В соответствии с пунктом 4 Правил предоставления в 2008 - 2009 годах из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2007 г. N 921 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, N 53, ст. 6617; 2009, N 3, ст. 399), приказываю:

1. Утвердить:

Порядок и объем проведения в 2009 году дополнительной диспансеризации работающих граждан согласно приложению N 1;

учетную форму N 131/у-ДД-09 «Карта учета дополнительной диспансеризации работающего гражданина» согласно приложению N 2;

форму N 12-Д-1-09 «Сведения о дополнительной диспансеризации работающих граждан» согласно приложению N 3;

форму N 12-Д-2-09 «Сведения о результатах дополнительной диспансеризации работающих граждан» согласно приложению N 4;

учетную форму N 025/у-ПЗ «Паспорт здоровья» согласно приложению N 5.

2. Установить норматив затрат на проведение дополнительной диспансеризации одного работающего гражданина в 2009 году - 1042 рубля.

3. Средства, полученные учреждениями муниципальной и государственной систем здравоохранения (далее - учреждения здравоохранения) на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан (далее - дополнительная диспансеризация), направляются ими на оплату труда медицинских работников, участвующих в проведении дополнительной диспансеризации работающих граждан (за исключением врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), медицинских сестер участковых врачей-терапевтов участковых, медицинских сестер врачей общей практики (семейных врачей), и на приобретение расходных материалов, необходимых для проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан.

4. Рекомендовать органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения осуществлять работу по организации проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан совместно с территориальными фондами обязательного медицинского страхования, в связи с чем:

определить организации, работники которых подлежат дополнительной диспансеризации в 2009 году,

составить поименные списки работников (выверенные с работодателем) с указанием даты рождения, профессии, должности и направить их в учреждения здравоохранения, осуществляющие дополнительную диспансеризацию работающих граждан (далее - дополнительная диспансеризация);

определить учреждения здравоохранения, имеющие лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) при осуществлении амбулаторно-поликлинической помощи по специальностям: «терапия», «офтальмология», «неврология», «акушерство и гинекология», «хирургия», «рентгенология» и «клиническая лабораторная диагностика», для осуществления дополнительной диспансеризации. В случае отсутствия у учреждения здравоохранения, осуществляющего дополнительную диспансеризацию, лицензии на медицинскую деятельность по отдельным видам работ (услуг), необходимым для проведения дополнительной диспансеризации в полном объеме, определить учреждение здравоохранения, имеющее лицензию на требуемые виды работ (услуг), для заключения между указанными учреждениями здравоохранения договора о привлечении соответствующих медицинских работников к проведению дополнительной диспансеризации;

согласовывать планы-графики и время проведения дополнительной диспансеризации, разрабатываемые учреждениями здравоохранения, участвующими в ее проведении;

довести сведения об учреждениях здравоохранения, осуществляющих проведение дополнительной диспансеризации, до руководителей организаций, работники которых подлежат дополнительной диспансеризации;

представлять в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации отчеты по результатам проведения дополнительной диспансеризации по формам N 12-Д-1-09 и 12-Д-2-09, утвержденным настоящим Приказом, в установленные сроки.

5. Признать утратившим силу Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20 февраля 2008 г. N 80н «О проведении в 2008 - 2009 годах дополнительной диспансеризации работающих граждан» (зарегистрирован в Минюсте России 5 марта 2008 г., N 11284).

6. Контроль за исполнением настоящего Приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации В.И. Скворцову.

Министр Т. ГОЛИКОВА

Приложение №1
к Приказу Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации
от 24 февраля 2009 г. №67н

ПОРЯДОК И ОБЪЕМ ПРОВЕДЕНИЯ В 2009 ГОДУ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН

1. Настоящий Порядок регулирует вопросы, связанные с проведением в 2009 году дополнительной диспансеризации работающих граждан, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования (далее - дополнительная диспансеризация, ОМС), а также устанавливает объем проведения дополнительной диспансеризации.

2. Дополнительная диспансеризация осуществляется учреждениями здравоохранения муниципальной и государственной систем здравоохранения (за исключением федеральных учреждений здравоохранения, находящихся в ведении Федерального медико-биологического агентства), функционирующих в системе ОМС (далее - учреждения здравоохранения).

3. Дополнительная диспансеризация направлена на раннее выявление и профилактику заболеваний, в том числе социально значимых.

4. Дополнительная диспансеризация проводится врачами-специалистами с проведением лабораторных и функциональных исследований в следующем объеме *:

осмотр врачами-специалистами:

терапевтом (врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом)),

акушером-гинекологом,

хирургом,

* При проведении дополнительной диспансеризации могут быть использованы результаты предыдущих медицинских осмотров, лабораторно-диагностических исследований, в том числе проведенных в стационаре, если давность исследования не превышает 3 месяца, флюорографии и маммографии - 2 года с момента исследования.

неврологом,
офтальмологом;
лабораторные и функциональные исследования:
клинический анализ крови,
биохимический анализ крови:
- общий белок,
- холестерин,
- липопротеиды низкой плотности сыворотки крови,
- триглицериды сыворотки крови,
- креатинин,
- мочевая кислота,
- билирубин,
- амилаза,
- сахар крови;
клинический анализ мочи,
онкомаркер специфический CA-125 (женщинам после 45 лет),
онкомаркер специфический PSA (мужчинам после 45 лет),
электрокардиография,
флюорография,
маммография (женщинам после 40 лет),
цитологическое исследование мазка из цервикального канала.

5. Дополнительная диспансеризация проводится учреждениями здравоохранения в установленные часы в соответствии с планом-графиком, сформированным с учетом численности и поименных списков работающих граждан, подлежащих дополнительной диспансеризации.

При этом необходимо учесть, что граждане, в отношении которых в соответствии с Постановлениями Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2005 г. N 868 «О порядке предоставления в 2006 году из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования территориальным фондам обязательного медицинского страхования субсидий на проведение дополнительной диспансеризации граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях» (Собрание законодательства Российской Федерации, 23.01.2006, ст. 377), от 30 декабря 2006 г. N 860 «О порядке предоставления в 2007 году из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях» (Собрание законодательства Российской Федерации, 01.01.2007, N 1 (ч. II), ст. 308), от 24 декабря 2007 г. N 921 «О порядке предоставления в 2008 - 2009 годах из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан» проводилась дополнительная диспансеризация в 2006, 2007, 2008 годах, повторно дополнительной диспансеризации в 2009 году не подлежат.

Гражданин, зарегистрированный по месту жительства в одном субъекте Российской Федерации, а трудовую деятельность осуществляющий в другом, может пройти дополнительную диспансеризацию по месту работы или по месту жительства.

6. На гражданина, явившегося для прохождения дополнительной диспансеризации, в регистратуре учреждения здравоохранения подбирается (или заполняется) учетная форма N 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного», утвержденная Приказом Минздравсоцразвития России от 22 ноября 2004 г. N 255 (зарегистрирован в Минюсте России 14 декабря 2004 г. N 6188) (далее - амбулаторная карта), которая передается в отделение (кабинет) медицинской профилактики или иное структурное подразделение учреждения здравоохранения, на которое возложены функции по организации проведения дополнительной диспансеризации (далее - кабинет (отделение) медицинской профилактики).

В кабинете (отделении) медицинской профилактики заполняются соответствующие разделы учетной формы N 025/у-ПЗ «Паспорт здоровья», предусмотренной приложением N 5 (далее - Паспорт здоровья), после чего гражданин направляется к врачам-специалистам и на диагностические исследования, проводимые в рамках дополнительной диспансеризации.

По окончании обследования гражданина медицинские работники кабинета (отделения) медицинской профилактики получают из диагностических служб заключения и передают их врачу-терапевту (врачу-терапевту участковому, врачу общей практики (семейному врачу), врачу-терапевту, ответственному за проведение дополнительной диспансеризации) (далее - врач-терапевт).

Врач-терапевт на основании результатов проведенных лабораторных и функциональных исследований и заключений врачей-специалистов, участвующих в проведении дополнительной диспансеризации, при необходимости направляет гражданина на дополнительную консультацию к врачам-специалистам и на дополнительные обследования.

Дополнительные консультации врачей-специалистов, дополнительное обследование и лечение в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях с целью установления диагноза и/или проведения соответствующего лечения не входят в объем дополнительной диспансеризации и оплачиваются отдельно за счет средств ОМС или средств соответствующего бюджета в соответствии с программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

7. Результаты дополнительной диспансеризации вносятся врачами-специалистами, принимающими участие в проведении дополнительной диспансеризации, в амбулаторную карту и учетную форму N 131/у-ДД-09 «Карта учета дополнительной диспансеризации работающего гражданина», предусмотренную приложением N 2 (далее - Карта), на основании которой, а также учетной формы N 025-12/у «Талон амбулаторного пациента» с литерами «ДД», утвержденной Приказом Минздравсоцразвития России от 22 ноября 2004 г. N 255 (зарегистрирован в Минюсте России 14 декабря 2004 г. N 6188)) (далее - Талон), формируются реестры счетов для оплаты расходов по проведению дополнительной диспансеризации по законченному случаю дополнительной диспансеризации в порядке, определяемом Федеральным фондом ОМС.

При прохождении дополнительной диспансеризации Талон заполняется на каждое посещение врачей-специалистов, на основании которого заполняется ведомость учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях и на дому.

8. После обследования гражданина в соответствии с установленным объемом дополнительной диспансеризации врач-терапевт с учетом заключений всех врачей-специалистов, принимающих участие в проведении дополнительной диспансеризации, и результатов проведенных лабораторных и функциональных исследований, с целью планирования дальнейших мероприятий определяет гражданину соответствующую группу состояния здоровья:

I группа - практически здоровые граждане, не нуждающиеся в диспансерном наблюдении. С ними проводится профилактическая беседа и даются рекомендации по здоровому образу жизни по вопросам здорового питания, физической активности, поддержания оптимальной массы тела, вреда курения;

II группа - граждане с риском развития заболевания, нуждающиеся в проведении профилактических мероприятий. Для них оценивается суммарный сердечно-сосудистый риск, прочие риски заболеваний в зависимости от выявленных факторов риска, составляется индивидуальная программа профилактических мероприятий;

III группа - граждане, нуждающиеся в дополнительном обследовании в амбулаторных условиях для уточнения (установления) диагноза при впервые установленном хроническом заболевании или при наличии уже имеющегося хронического заболевания, а также нуждающиеся в лечении в амбулаторных условиях (ОРЗ, грипп и другие острые заболевания, после лечения которых наступает выздоровление);

IV группа - граждане, нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в условиях стационара заболеваний, выявленных во время дополнительной диспансеризации, которые направляются на плановую госпитализацию;

V группа - граждане с впервые выявленными заболеваниями или наблюдающиеся по хроническому заболеванию и имеющие показания для оказания высокотехнологичной медицинской помощи. В данном случае медицинская документация гражданина направляется в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения для принятия решения в установленном порядке о направлении гражданина в учреждение здравоохранения для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Одновременно гражданам, отнесенным к III, IV, V группам состояния здоровья, имеющим риски развития каких-либо заболеваний, в зависимости от выявленных факторов риска составляется индивидуальная программа профилактических мероприятий.

После установления гражданину, прошедшему дополнительную диспансеризацию, группы состояния здоровья и составления программы профилактических мероприятий случай дополнительной диспансеризации считается законченным.

9. Учреждение здравоохранения, проводившее дополнительную диспансеризацию не по месту жительства гражданина, после определения группы состояния здоровья передает копию заполненной Карты (с результатами лабораторных и функциональных исследований) в учреждение здравоохранения по его месту жительства для дальнейшего динамического наблюдения и формирования сводных сведений о состоянии здоровья граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию.

Учреждение здравоохранения, медицинские работники которого участвовали в проведении дополнительной диспансеризации по договору о привлечении соответствующих медицинских работников к проведению дополнительной диспансеризации:

передает заполненную Карту с результатами осмотров врачей-специалистов, лабораторных и функцио-

нальных исследований в учреждение здравоохранения, осуществляющее проведение дополнительной диспансеризации.

10. На основании полученных сведений о результатах прохождения дополнительной диспансеризации работающего гражданина врач-терапевт участковый (врач общей практики (семейный врач)), осуществляющий динамическое наблюдение за состоянием здоровья гражданина по месту жительства, в соответствии с установленной по результатам дополнительной диспансеризации группой состояния здоровья определяет индивидуальную программу профилактических мероприятий, при необходимости направляет гражданина на дальнейшее лечение (амбулаторное, стационарное, восстановительное), при наличии у гражданина хронического заболевания осуществляет за ним диспансерное наблюдение.

11. По окончании прохождения дополнительной диспансеризации врач-терапевт участковый (семейный врач) по желанию гражданина выдает Паспорт здоровья, в котором отмечаются результаты осмотров всех врачей-специалистов (включая дополнительные консультации), всех исследований (включая дополнительные), проведенных в процессе осуществления дополнительной диспансеризации, вписываются группа состояния здоровья, заключения (рекомендации) врачей-специалистов и общее заключение врача-терапевта с рекомендациями по проведению профилактических мероприятий и лечению.

Паспорт здоровья хранится у гражданина.

12. Кабинет (отделение) медицинской профилактики осуществляет:

учет работающих граждан, подлежащих и прошедших дополнительную диспансеризацию;

составление и представление отчета о результатах проведения дополнительной диспансеризации в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения по форме N 12-Д-1-09 «Сведения о дополнительной диспансеризации работающих граждан», предусмотренной приложением N 3.

13. Учреждение здравоохранения, осуществляющее дополнительную диспансеризацию по месту жительства гражданина и динамическое наблюдение за ним, по истечении отчетного периода (полгода, год), кроме отчета по форме N 12-Д-1-09 «Сведения о дополнительной диспансеризации работающих граждан», составляет и представляет в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения отчет по форме N 12-Д-2-09 «Сведения о результатах дополнительной диспансеризации работающих граждан», предусмотренной приложением N 4, согласно срокам, обозначенным в адресной части вышеуказанных отчетных форм.

14. Контроль за организацией проведения дополнительной диспансеризации осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

Приложение №2
к Приказу Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации
от 24 февраля 2009 г. №67н

_____
(наименование учреждения здравоохранения,
проводящего диспансеризацию, код по ОГРН)

Медицинская документация
Учетная форма №131/у-ДД-09
Утверждена Приказом
Минздравсоцразвития России
от 24 февраля 2009 г. №67н

КАРТА УЧЕТА ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩЕГО ГРАЖДАНИНА
медицинская карта амбулаторного больного N

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Пол: М - 1; Ж - 2;
3. Номер страхового полиса ОМС | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
4. Дата рождения (число, месяц, год) _____
5. Адрес места жительства: _____ город - 1, село - 2
_____ ул. _____ дом _____ корп. _____ кв. _____; телефон _____
6. Место работы _____
телефон служебный _____
7. Организация бюджетная: «да» ___ 1, «нет» ___ 2 (нужное отметить).
8. Профессия, должность _____
9. Прикреплен в данном учреждении здравоохранения для: постоянного динамического наблюдения - 1; дополнительной диспансеризации - 2; периодического медицинского осмотра - 3; дополнительного медицинского осмотра - 4 (нужное отметить).

10. Учреждение здравоохранения, к которому прикреплен гражданин для постоянного динамического наблюдения (наименование, юридический адрес)

_____

_____

11. Осмотры врачей-специалистов

Специальность врача	N строки	Код врача	Дата осмотра	Заболевания (код по МКБ-10)			Результат ДД							Ф.И.О. (подпись врача)
							практически здоров (I группа здоровья)	риск развития заболеваний (II группа здоровья)	нуждается в дополнительном лечении, обследовании					
				ранее известное хроническое	выявленное во время дополнительной диспансеризации (ДД)	в том числе на поздней стадии			амбулаторном (III группа здоровья)	в том числе по заболеваниям, выявленным при ДД	стационарном (IV группа здоровья)	в оказании высокотехнологичной медицинской помощи (V группа здоровья)	санаторно-курортном	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Терапевт	01													
Акушер-гинеколог	02													
Невролог	03													
Хирург	04													
Офтальмолог	05													
Дополнительные консультации врачей-специалистов (вписать):	06													

12. Лабораторные и функциональные исследования *

Перечень исследований	№ строки	Дата исследования	Дата получения результата
Клинический анализ крови	01		
Биохимический анализ крови:	02		
общий белок	03		
холестерин крови	04		
липопротеиды низкой плотности сыворотки крови	05		
триглицериды сыворотки крови	06		
креатинин крови	07		
мочевая кислота крови	08		
билирубин крови	09		
амилаза крови	10		
сахар крови	11		
Клинический анализ мочи	12		
Онкомаркер CA-125 (женщинам)	13		
Онкомаркер PSA (мужчинам)	14		
Электрокардиография	15		
Флюорография	16		
Маммография	17		
Цитологическое исследование мазка из цервикального канала	18		
Дополнительные исследования	19		

13. Рекомендации по индивидуальной программе профилактических мероприятий _____
_____
_____
_____

14. Взят под диспансерное наблюдение _____, диагноз (МКБ-10) _____
(дата)

15. Диагноз (МКБ-10), установленный через 6 месяцев после ДД: _____

16. Снят с диспансерного наблюдения в течение года по причине (нужное отметить):

выздоровление - 1; выбыл - 2; умер - 3,

в том числе в течение 6 месяцев после ДД - 4.

Дата завершения ДД _____

Врач-терапевт участковый (врач общей практики (семейный врач), врач-терапевт)

_____ _____
(Фамилия, И.О.) (подпись)

* Копии результатов исследований прилагаются для передачи в учреждение здравоохранения, осуществляющее динамическое наблюдение за гражданином.

Приложение №3
к Приказу Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации
от 24 февраля 2009 г. №67н

СВЕДЕНИЯ О ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН

за _____ полугодие 20__ г., 20__ г.

Представляют:	Сроки представления
учреждения здравоохранения, осуществляющие дополнительную диспансеризацию: - органу исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения;	полугодовые - 10 июля годовые - 15 января
орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения: - Минздравсоцразвития России	полугодовые - 20 июля годовые - 25 января

Форма №12-Д-1-09
Утверждена Приказом
Минздравсоцразвития России
от_____ №_____

Полугодовая
Годовая

Наименование отчитывающейся организации _____

Почтовый адрес _____

Код формы по ОКУД	Код				
	отчитывающейся организации по ОКПО	вид деятельности по ОКВЭД	территории по ОКАТО	министерства (ведомства), органа управления по ОКОГУ	
1	2	3	4	5	6

Сведения о дополнительной диспансеризации

(1000)

Наименование	№ строки	Число лиц		Распределение прошедших дополнительную диспансеризацию граждан по группам состояния здоровья						Из числа прошедших ДД (графа 4) нуждалось в санаторно-курортном лечении	Направлено граждан	
		Подлежащих дополнительной диспансеризации (ДД)	прошедших ДД	I группа – практически здоровые	II группа – риск развития заболеваний	III группа – нуждаются в дополнительном обследовании, лечении в амбулаторно-поликлинических условиях		IV группа – нуждаются в дополнительном обследовании, лечении в стационаре, всего	V группа – нуждаются в высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), всего		на госпитализацию в стационар	в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения для решения вопроса об оказании ВМП
						всего	в т.ч. выявленные при ДД					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
ВСЕГО работающих*	0.0											
в том числе в бюджетных организациях	0.1											

«__» _____ ____ г.

_____ Руководитель _____ _____

(фамилия, номер телефона исполнителя) (подпись) (расшифровка подписи)

_____

<*> При заполнении формы по углубленным медицинским осмотрам заполняется только строка 0.0.

Приложение №4
к Приказу Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации
от 24 февраля 2009 г. №67н

СВЕДЕНИЯ О РЕЗУЛЬТАТАХ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН

за _____ полугодие 20__ г., 20__ г.

Представляют:	Сроки представления
учреждения здравоохранения, осуществляющие дополнительную диспансеризацию: - органу исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения;	полугодовые - 10 июля годовые - 15 января
орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения: - Минздравсоцразвития России	полугодовые - 20 июля годовые - 25 января

Форма №12-Д-2-09
Утверждена Приказом
Минздравсоцразвития России
от_____ №_____

Полугодовая
Годовая

Наименование отчитывающейся организации _____

Почтовый адрес _____

Код формы по ОКУД	Код				
	отчитывающейся организации по ОКПО	вид деятельности по ОКВЭД	территории по ОКАТО	министерства (ведомства), органа управления по ОКОГУ	
1	2	3	4	5	6

Результаты дополнительной диспансеризации

Нумерация граф таблицы дана в соответствии с официальным текстом документа

(2000)

Наименование заболевания (по классам и отдельным нозологиям)	№ строки	Код по МКБ-10	Заболевания			Госпитализировано (из числа выявленных - графа 5)		Из числа граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию, взято под диспансерное наблюдение	Выявлено заболеваний в течение 6 месяцев после прохождения дополнительной диспансеризации
			ранее известное хроническое	выявленное во время дополнительной диспансеризации	в том числе на поздней стадии (из графы 5)	в стационар (в том числе субъекта Российской Федерации)	в специализированное медицинское учреждение (для оказания высокотехнологичной медицинской помощи)		
1	2	3	4	5	6	8	9	10	11
Всего	1.0	A00 - T98							
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни - всего	2.0	A00 - B99							
в том числе туберкулез	2.1	A15 - A19							
Новообразования	3.0								
в том числе злокачественные	3.1	C00 - C97							
Болезни крови и кроветворных органов, отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	4.0	D50 - D89							
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ - всего	5.0	E00 - E90							
в том числе сахарный диабет	5.1	E10 - E14							
Психические расстройства и расстройства поведения	6.0	F00 - F99							
Болезни нервной системы	7.0	G00 - G99							
Болезни глаза и его придаточного аппарата - всего	8.0	H00 - H59							
в том числе: катаракта	8.1	H25 - H26							

1	2	3	4	5	6	8	9	10	11
глаукома	8.2	H40							
миопия	8.3	H52,1							
Болезни уха и сосцевидного отростка - всего	9	H60 - H95							
в том числе кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха	9.1	H90							
Болезни системы кровообращения - всего	10	I00 - I99							
из них: болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	10.1	I10 - I13							
ишемическая болезнь сердца	10.2	I20 - I25							
ишемическая болезнь мозга	10.3	I67.8							
Болезни органов дыхания	11.0	J00 - J99							
Болезни органов пищеварения	12.0	K00 - K93							
Болезни кожи и подкожной клетчатки	13.0	L00 - L99							
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	14.0	M00 - M99							
Болезни мочеполовой системы	15.0	N00 - N99							
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях	19.0	R00 - R99							
Травмы, отравления и некоторые др. последствия воздействия внешних причин	20.0	S00 - T98							
Прочие	21.0								

«__» _____ _____ г.

_____
(фамилия, номертелефона исполнителя)

Руководитель _____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Приложение № 5
к Приказу Министерства
здравоохранения и социального
развития Российской Федерации
от 24 февраля 2009 г. № 67н

Медицинская документация
Учетная форма № 025/у-ПЗ
Утверждена Приказом
Минздравсоцразвития России
от 24 февраля 2009 г. № 67н

Обложка

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ

Фамилия _____
Имя _____
Отчество _____

1. Ф.И.О _____
_____
2. Пол: муж., жен.
3. Дата рождения: _____ _____ _____
число месяц год
4. Адрес: _____
ул. _____ дом _____ корп. _____ кв. _____

5. Страховой полис: серия _____ №_____
наименование страховой медицинской организации
_____

6. Наблюдается поликлиникой _____
7. Телефоны в поликлинике _____
8. Медицинская карта амбулаторного больного № _____
9. Ф.И.О. участкового врача терапевта (врача общей практики (семейного врача)) _____

Сигнальные отметки

Группа и Rh-принадлежность крови: _____
Лекарственная непереносимость _____
(указать, на какой препарат)
Аллергическая реакция _____
(да/нет)

2

Дополнительная диспансеризация

Наименование	Годы (вписать)			
	2009			
Дата				
Группа состояния здоровья <*>				
Подпись врача				

———————————————

*

I группа – практически здоров;
II группа – риск развития заболевания, нуждается в проведении профилактических мероприятий;
III группа – нуждается в дополнительном обследовании для уточнения (установления) диагноза (впервые установленное хроническое заболевание) или лечении в амбулаторных условиях;
IV группа – нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в стационарных условиях;
V группа – имеет показания для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (медицинская документация направляется в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения).

3

Показатели состояния здоровья

№ п/п	Наименование	Годы (вписать)			
		2009			
1	Рост				
2	Вес				
3	Частота сердечных сокращений				
4	Артериальное давление (АД)				
	Прочие показатели:				
	Подпись врача				

Факторы риска развития социально-значимых заболеваний ***

		2009 *			
1	Наследственность (ССЗ*, СД**, онкологические заболевания)				
2	Курение				
3	Избыточный вес				
4	Гиподинамия				
5	Стресс				
6	Повышенное АД				
7	Нерациональное питание				
	Подпись врача				

———————————————

* После 2009 г. - вписать.
* ССЗ - сердечно-сосудистые заболевания.
** СД - сахарный диабет.
***Отметить: есть, нет, неизвестно.

4

Классификация артериальной гипертензии

Показатели	**АД систолическое**	**АД диастолическое**
Оптимальное	< 120	< 80
Нормальное	120 - 129	80 - 84
Высокое нормальное	130 - 139	85 - 89
Артериальная гипертензия		
АГ I степени («мягкая»)	140 - 159	90 - 99
АГ II степени («умеренная»)	160 - 179	100 - 109
АГ III степени («тяжелая»)	≥ 180	≥ 110
Изолированная систолическая гипертензия	≥ 140	< 90

Норма сахара крови натощак	6,1 ммоль/л (Европейские рекомендации)
Целевой уровень холестерина без КБС	менее 5 ммоль/л

Расчет индекса массы тела (ИМТ):

$$ИМТ = \frac{Вес\ (кг)}{Рост\ (в\ метрах)\ в\ квадрате}$$

норма	18,5 - 24,9
предожирение	25 - 29,9
ожирение I степени	30 - 34,9
ожирение II степени	35 - 39,9
ожирение III степени	40 и более

5

Проведенные лабораторные исследования

Наименование показателя	дата	значения	дата	значения	дата	значения	дата	значения
Клинический анализ крови:								
- гемоглобин								
- лейкоциты								
- тромбоциты								
- СОЭ								
Биохимический анализ крови:								
- исследование сахара крови								
- билирубин								
- общий белок сыворотки крови								
- исследование уровня холестерина крови								
- амилаза								
- креатинин								
- исследование уровня липопротеидов низкой плотности								
- исследование уровня триглицеридов сыворотки крови								
- мочевая кислота								

6

продолжение таблицы

Наименование показателя	дата	значения	дата	значения	дата	значения	дата	значения
Клинический анализ мочи								
- белок								
- сахар								
- лейкоциты								
- эритроциты								
Онкмаркер специфический CA-125								
Онкмаркер специфический PSA								
Цитология мазка из цервикального канала								

Проведенные функциональные исследования

Наименование показателя	дата	значения	дата	значения	дата	значения	дата	значения
Электрокардиография								
Флюорография								
Маммография								

7

Заболевания, выявленные в ходе дополнительной диспансеризации

Дата установления	20__ г.	Код по МКБ-Х
	Наименование заболевания	

Заболевания, выявленные в ходе дополнительной диспансеризации

Дата установления	20__ г.	Код по МКБ-Х
	Наименование заболевания	

8

Заболевания, выявленные в ходе дополнительной диспансеризации

Дата установления	20__ г. Наименование заболевания	Код по МКБ-Х

Заболевания, выявленные в ходе дополнительной диспансеризации

Дата установления	20__ г. Наименование заболевания	Код по МКБ-Х

9

Заключение (рекомендации) врачей-специалистов

Врач-специалист	20__ г.	Заключение (рекомендации)	Подпись
Акушер-гинеколог			
Невролог			
Офтальмолог			
Хирург			

Заключение (рекомендации) врачей-специалистов

Врач-специалист	20__ г.	Заключение (рекомендации)	Подпись
Акушер-гинеколог			
Невролог			
Офтальмолог			
Хирург			

10

Заключение (рекомендации) врачей-специалистов

Врач-специалист	20__ г.	Заключение (рекомендации)	Подпись
Акушер-гинеколог			
Невролог			
Офтальмолог			
Хирург			

Заключение (рекомендации) врачей-специалистов

Врач-специалист	20__ г.	Заключение (рекомендации)	Подпись
Акушер-гинеколог			
Невролог			
Офтальмолог			
Хирург			

11

Заключение (рекомендации) врача-терапевта участкового

группа состояния здоровья	2009
Дата	Подпись врача-терапевта участкового (врача общей практики)

Заключение (рекомендации) врача-терапевта участкового

группа состояния здоровья	20____г.
Дата	Подпись врача-терапевта участкового (врача общей практики)

12

Заключение (рекомендации) врача-терапевта участкового

группа состояния здоровья	2009
Дата	Подпись врача-терапевта участкового (врача общей практики)

Заключение (рекомендации) врача-терапевта участкового

группа состояния здоровья	20____г.
Дата	Подпись врача-терапевта участкового (врача общей практики)

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ПРИКАЗ
от 18 февраля 2009 г. №28
МОСКВА

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРИКАЗ ФОМС ОТ 7 МАРТА 2008 ГОДА №50 «О ПОРЯДКЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ В 2008 - 2009 ГОДАХ ИЗ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ СУБСИДИЙ БЮДЖЕТАМ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ПРОВЕДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 17 марта 2009 г. № 13521

Во исполнение Постановления Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2008 г. №1100 «О внесении изменений в Постановление Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2007 года №921» («Российская газета», № 5, 16.01.2009), а также в связи с изменением наименования Комиссии ФОМС по финансированию мероприятий, предусмотренных бюджетом Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2008 год и на плановый период 2009 и 2010 годов, приказываю:

1. Внести в Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 марта 2008 г. N 50 «О порядке предоставления в 2008 - 2009 годах из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 01.04.2008, № 11434)* следующие изменения и дополнения:

1) в пунктах 3 и 4 Приказа слова «Комиссии ФОМС по финансированию мероприятий, предусмотренных бюджетом Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2008 год и на плановый период 2009 и 2010 годов» заменить словами «Комиссии ФОМС по финансированию отдельных мероприятий, предусмотренных бюджетом Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2009 год и на плановый период 2010 и 2011 годов»;

2) в Приложении 1 к Приказу:

а) в пункте 1 слова «учреждениями здравоохранения муниципального образования, оказывающими первичную медико-санитарную помощь, а при их отсутствии - соответствующими учреждениями здравоохранения субъекта Российской Федерации» заменить на «учреждениями муниципальной и государственной систем здравоохранения в соответствии с законодательством Российской Федерации»;

б) в пункте 2 слова «Комиссия ФОМС по финансированию мероприятий, предусмотренных бюджетом Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2008 год и на плановый период 2009 и 2010 годов» заменить словами «Комиссия ФОМС по финансированию отдельных мероприя-

* С изменениями, внесенными Приказом ФОМС от 01.12.2008 №269 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации от 22.12.2008, №12927).

тий, предусмотренных бюджетом Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2009 год и на плановый период 2010 и 2011 годов»;

в) подпункт «г» пункта 3 после слов «клиническая лабораторная диагностика» дополнить словами «(с 2009 года - с учреждениями здравоохранения, имеющими лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по специальностям, определяемым Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации)»;

г) сноску <1> к пункту 5 исключить;

д) дополнить пунктом 11:

«11. Перераспределение субсидий между бюджетами территориальных фондов обязательного медицинского страхования осуществляется ФОМС на основании пункта 12 Правил предоставления в 2008 - 2009 годах из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2007 г. N 921»;

е) считать пункты 11 - 15 пунктами 12 - 16 соответственно;

3) в Приложении 2 к Приказу:

а) в графах 4 - 7 слова «(тыс. руб.)» заменить словами «(руб.)»;

б) сноску <3> по заполнению графы 4 образца заявки изложить в следующей редакции: «Утверждается Минздравсоцразвития России;»;

4) в Приложении 3 к Приказу:

а) в графе 8 слова «(гр. 4 - гр. 5 - гр. 6 - гр. 7)» заменить словами «(гр. 4 - гр. 5 - гр. 6)»;

б) в сноске по заполнению графы 2 образца сведений слова «утвержденным Приказом Минздравсоцразвития России от 20 февраля 2008 г. № 80н «О проведении в 2008 - 2009 годах дополнительной диспансеризации работающих граждан», зарегистрирован Минюстом России 05.03.2008, регистрационный номер 11284» заменить словами «утверждаемым Минздравсоцразвития России»;

в) в сноске по заполнению графы 3 образца сведений слова «Утвержден Приказом Минздравсоцразвития России от 20 февраля 2008 г. №80н «О проведении в 2008 - 2009 годах дополнительной диспансеризации работающих граждан», зарегистрирован Минюстом России 05.03.2008, регистрационный номер 11284» заменить словами «Утверждается Минздравсоцразвития России».

2. Контроль за исполнением настоящего Приказа оставляю за собой.

Председатель А.ЮРИН

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ПРИКАЗ
от 24 февраля 2009 г. №33
МОСКВА

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ РЕЕСТРА СЧЕТОВ И ПОРЯДКА ВЕДЕНИЯ РЕЕСТРА СЧЕТОВ НА ОПЛАТУ ПРОВЕДЕННОЙ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН

Зарегистрирован в Минюсте РФ 18 марта 2009 г. №13539

Во исполнение Постановления Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2008 года N 1100 «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2007 года N 921» («Российская газета», N 5, 16.01.2009) приказываю:

1. Утвердить и ввести в действие:

1.1. Форму РД-1 «Реестр счетов на оплату проведенной дополнительной диспансеризации работающих граждан» (приложение N 1).

1.2. Порядок ведения реестров счетов на оплату проведенной дополнительной диспансеризации работающих граждан (приложение N 2).

2. Исполнительным директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования принять к руководству настоящий Приказ.

3. Признать утратившим силу Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 14 апреля 2008 года N 84 «Об утверждении реестра счетов и порядка ведения реестра счетов на оплату проведенной дополнительной диспансеризации работающих граждан» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации от 22 апреля 2008 года, N 11569).

4. Контроль за исполнением настоящего Приказа оставляю за собой.

Председатель А.ЮРИН

Приложение № 1
к приказу ФОМС
от 24 февраля 2009 г. №33

Реестр
счетов на оплату проведенной дополнительной диспансеризации работающих граждан
на _____ 200_ года

Форма РД-1

КОДЫ

Учреждение-отправитель _____ по ОКУД _____
(Наименование учреждения) по ОКПО _____
по ОГРН _____
Организационно-правовая форма/форма собственности _____ по ОКОПФ/ОКФС _____
Учреждение-получатель _____ по ОКПО _____
(Наименование учреждения) по ОГРН _____
Периодичность: ежемесячно, до 10 числа _____ по ОКУД _____
Единица измерения (руб.) _____ по ОКЕИ 383
Договор между ТФОМС и учреждением здравоохранения _____
(дата заключения договора и №)

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Пол м/ж	Дата рождения, число, месяц, год	Адрес по месту регистрации	№, серия полиса ОМС и название СМО, выдавшей полис	Диагноз по МКБ-10 (основной)	Норматив затрат на проведение дополнительной диспансеризации	Даты проведения осмотров врачами-специалистами, лабораторных и функциональных исследований				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	...	25	...

Руководитель учреждения _____ _____
(Ф.И.О.)

М.П.

Главный бухгалтер _____ _____
(Ф.И.О.)

Приложение №2
к приказу ФОМС
от 24 февраля 2009 г. №33

ПОРЯДОК ВЕДЕНИЯ РЕЕСТРОВ СЧЕТОВ НА ОПЛАТУ ПРОВЕДЕННОЙ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН (ФОРМА РД-1)

I. Общие положения

1.1. Данный порядок разработан во исполнение пункта 8 Правил предоставления в 2008 - 2009 годах из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2007 г. N 921 (в редакции от 31.12.2008) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, N 53, ст. 6617; 2009, N 3, ст. 399).

1.2. Порядок предусматривает ведение реестров счетов учреждениями здравоохранения на оплату проведенной дополнительной диспансеризации работающих граждан по форме РД-1 «Реестр счетов на оплату проведенной дополнительной диспансеризации работающих граждан».

1.3. Порядок устанавливает периодичность и сроки представления реестра счетов.

II. Периодичность и сроки представления

2.1. Учреждения здравоохранения представляют в территориальный фонд обязательного медицинского страхования счет и реестры счетов на оплату проведенной дополнительной диспансеризации работающих граждан ежемесячно до 10 числа месяца, следующего за отчетным.

2.2. Реестры счетов на оплату проведенной дополнительной диспансеризации работающих граждан представляются на бумажном носителе и в электронном виде.

III. Заполнение показателей реестра

3.1. В графе 2 указывается полностью фамилия, имя, отчество гражданина, прошедшего дополнительную диспансеризацию.

3.2. В графе 3 указывается пол гражданина, прошедшего дополнительную диспансеризацию.

3.3. В графе 4 указывается дата рождения гражданина (число, месяц, год), прошедшего дополнительную диспансеризацию.

3.4. В графе 5 указывается адрес по месту регистрации гражданина, прошедшего дополнительную диспансеризацию.

3.5. В графе 6 указывается номер и серия полиса обязательного медицинского страхования, а также название страховой медицинской организации, выдавшей полис гражданину, прошедшему дополнительную диспансеризацию.

3.6. В графе 7 указывается основной диагноз по МКБ-10, установленный гражданину, прошедшему дополнительную диспансеризацию.

3.7. В графе 8 указывается норматив затрат на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан (в рублях).

3.8. В графах с 9 и далее указываются даты проведения осмотров врачами-специалистами, лабораторных и функциональных исследований.

В реестре итоги подводятся по каждой странице, кроме того, выводится общий итог по реестру.