ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

3 - 2009

Совершенствование контроля качества медицинской помощи в условиях ОМС

Заседание Межрегионального координационного совета по организации защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования

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
№ 3, 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
27.07.2009 года
Тираж: 3000 экз.
Формат 60 x 90 1/8 (А4)
Объем 82 полосы

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

№3, 2009 г.

ОФИЦИАЛЬНО | НОВОСТИ

4 Заседание Межрегионального координационного совета по организации защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования

6 Совещание-семинар «Создание системы управления финансами страховых медицинских организаций в условиях модернизации системы ОМС»

7 В территориальных фондах ОМС Самарской и Свердловской областей назначены новые руководители

ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

8 С.Г. Кравчук, А.А. Саитгареева, Е.В. Смирнова
Совершенствование контроля качества медицинской помощи в условиях ОМС

МЕЖРЕГИОНАЛЬНЫЙ КООРДИНАЦИОННЫЙ СОВЕТ

18 Заседание Межрегионального координационного совета по организации защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования

РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ОМС В СУБЪЕКТАХ РФ

28 В.В. Бабин, Д.П. Шумилов
Реализация на региональном уровне права гражданина на выбор страховой медицинской организации в системе обязательного медицинского страхования

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ ЗА РУБЕЖОМ

34 Г.Л. Юркин, А.О. Корягин
Изучение зарубежного опыта работы системы обязательного медицинского страхования

НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ И ДОКУМЕНТЫ

44 Постановление правительства Российской Федерации от 29 декабря 2007 г. №945 «О порядке предоставления в 2009 - 2011 годах субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (в ред. постановлений правительства РФ от 01.10.2008 №735, от 10.03.2009 №224)

52 Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 21 апреля 2008 г. №183н «О проведении в 2008 - 2010 годах диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (в ред. приказа Минздравсоцразвития России от 01.11.2008 №618н)

73 Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 апреля 2009 г. №198н «О нормативах затрат на проведение в 2009 году диспансеризации одного ребенка»

74 Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16 апреля 2009 г. №76 «О реализации постановления правительства Российской Федерации от 29 декабря 2007 года №945» (в ред. приказа ФОМС от 29.05.2009 №119)

Заседание Межрегионального координационного совета по организации защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования

Заседание Межрегионального координационного совета в Санкт-Петербурге

10 июня 2009 года в Санкт-Петербурге состоялось заседание Межрегионального координационного совета по организации защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования.

Со вступительным словом к участникам заседания обратился председатель Федерального фонда ОМС А.В.Юрин, в котором отметил, что поставленная президентом и правительством Российской Федерации перед системой ОМС задача по обеспечению реализации права граждан Российской Федерации на получение доступной и качественной медицинской помощи, является приоритетным направлением и в деятельности Межрегионального координационного совета по организации защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования.

Решение данной задачи возможно только с помощью усилий всех структур и ведомств системы ОМС и здравоохранения в целом. Именно поэтому состав координационного совета носит межрегиональный характер и включает руководителей и ведущих специалистов Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Росздравнадзора России, Федерального и территориальных фондов ОМС,

В работе совещания, организованного Федеральным фондом ОМС, приняли участие руководители и специалисты территориальных фондов ОМС, имеющие наиболее успешный опыт реализации механизмов защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования (Москва, Санкт-Петербург, Иркутская, Рязанская, Вологодская области, Краснодарский и Пермский края), представители Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, руководители научных институтов и страховых медицинских организаций, вице-губернатор Санкт-Петербурга Л.А. Косткина, председатель Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга Ю.А. Щербук.

страховых медицинских организаций, представителей науки.

Координационным советом постоянно изучается и обобщается опыт территориальных фондов ОМС по организации защиты прав граждан и контролю объемов и качества медицинской помощи в системе ОМС, отбираются наиболее оптимальные направления, которые используются при подготовке нормативных и методических документов ФОМС.

Подготовленные с участием членов Координационного совета проекты документов положены в основу ряда нормативных актов, регламентирующих порядок организации контроля и объемов качества медицинской помощи в системе ОМС и защиты прав граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию.

На заседаниях Координационного совета рассматриваются проблемы функционирования системы ОМС в целом и актуальные вопросы организации защиты прав граждан на получение качественной медицинской помощи.

Так, на заседании совета, состоявшемся 16 декабря 2008 года, были рассмотрены проекты Концепции развития системы защиты прав застрахованных в условиях обязательного медицинского страхования, Типовых правил обязательного медицинского страхования граждан, Порядка финансовых расчетов между территориальными фондами обязательного медицинского страхования за медицинскую помощь в объеме базовой программы обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации, оказанную гражданам Российской Федерации за пределами территории страхования. Подготовлен проект обращения в Совет ректоров медицинских ВУЗов Российской Федерации по оптимизации программ всех форм последипломного образования врачей по разделу «Организация здравоохранения и общественное здоровье».

Выездное заседание Межрегионального координационного совета по организации защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования, проведённое в Санкт-Петербурге, посвящено ознакомлению с территориальными моделями системы защиты прав и контроля качества медицинской помощи, оказываемой гражданам при осуществлении обязательного медицинского страхования, и с практическим опытом работы территориального фонда ОМС и страховых медицинских организаций Санкт-Петербурга и регионов Северо-Западного федерального округа по организации деятельности представительств страховых медицинских организаций в медицинских учреждениях, работающих в системе ОМС, формированию рейтингов страховщиков и лечебно-профилактических учреждений в целях реализации прав граждан на выбор ЛПУ и СМО в системе обязательного медицинского страхования.

Совещание-семинар «Создание системы управления финансами страховых медицинских организаций в условиях модернизации системы ОМС»

8 июня 2009 года в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования состоялось совещание-семинар на тему: «Создание системы управления финансами страховых медицинских организаций в условиях модернизации системы ОМС».

В совещании-семинаре приняли участие руководители Федерального фонда обязательного медицинского страхования, руководители и ответственные представители страховых медицинских организаций ОАО «РОСНО-МС», «КапиталЪ Медицинское страхование», «МАКС-М», «Ингосстрах-М», «Солидарность для жизни», Межрегионального союза медицинских страховщиков.

Совещание-семинар открыла Л.А. Габуева – начальник Управления модернизации системы ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования с докладом: «Результаты реализации пилотного проекта и перспективы внедрения одноканального финансирования и фондодержания в регионах Российской Федерации», отметив опыт пилотных территорий.

Участники совещаний поддержали инициативу по пересмотру полномочий муниципальных органов исполнительной власти и возможность их делегирования на уровень субъекта Российской Федерации.

На совещании был обсужден проект методических рекомендаций по формированию тарифов на медицинскую помощь, предоставляемую в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, и способам оплаты медицинской помощи в условиях перехода преимущественно к одноканальному финансированию через систему ОМС.

Участники совещания отметили новизну данной методики - описание алгоритма включения в тариф на медицинскую помощь средств на возмещение стоимости медицинского оборудования, предусмотренное табелем оснащения ЛПУ, и общеучрежденческих расходов. Отмечена необходимость совершенствования способов оплаты медицинской помощи в том числе: в амбулаторно-поликлинических условиях - по подушевому нормативу финансирования на прикрепленных к соответствующему учреждению здравоохранения застрахованных по ОМС граждан (при полном или частичном фондодержании), в стационарных - за законченный случай лечения на основе стандартов оказания медицинской помощи.

На совещании были заслушаны критерии оценки эффективности деятельности системы ОМС, разработанные Высшей школой экономики в рамках выполнения НИР «Разработка моделей оценки эффективности деятельности системы ОМС», основными из которых являются:

• эффективность финансирования здравоохранения за счет

По результатам проведенного совещания было вынесено решение:

1. Принять к сведению результаты пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения и способствовать внедрению накопленного опыта пилотных территорий по поэтапному переходу на одноканальное финансирование и оплату медицинской помощи по полному тарифу.

2. Заинтересованным СМО представить предложения в срок до 17 июня с.г.:

2.1. в методические рекомендации по формированию тарифов на медицинскую помощь, предоставляемую в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, и способам оплаты медицинской помощи в условиях перехода преимущественно к одноканальному финансированию через систему ОМС;

2.2. в перечень критериев оценки эффективности деятельности системы ОМС, а также предложения по использованию данных проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан, осуществляемой в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье», при формировании территориальных программ обязательного медицинского страхования;

3. Учитывая актуальность вопросов управления СМО в условиях модернизации ОМС и механизмы стимулирования эффективно работающих участников системы ОМС, решено рассмотреть возможность проведения НИР:

- «Создание системы управления финансами страховых медицинских организаций (СМО) в условиях модернизации системы ОМС»;

- «Разработка порядка стимулирования субъектов Российской Федерации за выполнение мероприятий по переходу на одноканальное финансирование системы ОМС».

средств обязательного медицинского страхования;

• оценка степени монополизации рынка обязательного медицинского страхования;

• количественные и качественные показатели по защите прав застрахованных.

В ходе дискуссии участниками совещания была отмечена необходимость создания модели оценки эффективности деятельности системы ОМС на основе ряда индикаторов, связанных как с финансовым обеспечением системы, так и с ее организацией.

Генеральный директор ООО «Страховая компания «Ингосстрах-М» А.П. Архипов в своем докладе «Управление рисками в системе ОМС» обратил внимание присутствующих на то, что финансовые риски в здравоохранении связаны с проблемой оптимального распределения ограниченного объема средств между потребителями, заинтересованными в бесконтрольном увеличении своего финансирования, выделив риски неконтролируемого роста расходов на медицинскую помощь и риск колебания уровня заболеваемости.

Также были затронуты вопросы финансирования медицинских страховщиков и проблемы формирования страховых резервов, в том числе возможность формирования «гарантийного» резерва, средства которого должны направляться на оплату медицинской помощи при форс-мажорных обстоятельствах.

Подводя итоги совещания, посвященного проблемам перехода здравоохранения на одноканальное финансирование, присутствующие отметили важность разработки порядка стимулирования субъектов Российской Федерации за выполнение мероприятий по переходу на одноканальное финансирование системы ОМС.

В заключение председатель ФОМС А.В. Юрин выразил удовлетворенность результатами совещания и отметил высокую эффективность подобного обмена опытом.

В территориальных фондах ОМС Самарской и Свердловской областей назначены новые руководители

Мокшин Виктор Николаевич назначен на должность исполнительного директора Самарского областного территориального фонда обязательного медицинского страхования распоряжением губернатора Самарской области №141-р от 22 мая 2009 года.

Мокшин В.Н. родился 1 августа 1948 года в г. Дзержинске. Окончил Куйбышевский плановый институт. С 1971 по 1972г. – старший инспектор Госстраха. С 1972 по 1973г. - ревизор, старший ревизор Управления Госстраха по Куйбышевской области. С 1973 по 1993г. – контролер-ревизор КРУ, старший контролер-ревизор КРУ, начальник отдела КРУ, заместитель главного контролера-ревизора КРУ аппарата главного контролера-ревизора КРУ Министерства финансов РСФСР по Куйбышевской области. С 1993 по 1997г.- заместитель начальника Финансового управления администрации Самарской области. С 1997г. работал в должности заместителя исполнительного директора ТФОМС Самарской области.

Награжден Почетными грамотами Федерального фонда ОМС, Министерства здравоохранения Самарской области, Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, губернатора Самарской области, Дипломом Самарской губернской Думы.

Кузьмин Александр Игоревич назначен на должность исполнительного директора ТФОМС Свердловской области указом губернатора Свердловской области №576-УГ от 25.06.2009г. .

Кузьмин А.И. родился 7 января 1963 года в Свердловске. В 1986 году он окончил Свердловский медицинский институт и в 1999 году Уральский государственный экономический университет. С 2000 по 2002 годы – директор Екатеринбургского городского центра крови «Сангвис». С 2002 по 2008 годы – главный врач областной станции переливания крови №2 «Сангвис» (Екатеринбург). С октября 2008 года – заместитель министра здравоохранения Свердловской области.

С.Г. Кравчук, А.А. Саитгареева, Е.В. Смирнова
Федеральный фонд ОМС

Совершенствование контроля качества медицинской помощи в условиях ОМС*

С.Г. Кравчук

Начальник Управления организации ОМС ФОМС

В непростой современной социально-экономической ситуации экономические подходы к методам управления системой здравоохранения, уже более 15 лет реально работающие в условиях обязательного медицинского страхования, становятся одним из основных способов оптимизации затрат на медицинское обслуживание и обеспечение застрахованных медицинской помощью надлежащего качества.

Только адекватная оценка качества и эффективности лечения пациента позволяют определить приоритеты при распределении ресурсов между различными секторами здравоохранения, оптимизировать финансовые затраты, минимизировать негативные явления в организации лечебно–диагностического процесса и предупреждении случаев врачебных ошибок.

Совершенствование нормативной правовой базы, регламентирующей организацию и проведение контроля объемов и качества оказываемой гражданам медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, способно одновременно решить две важнейшие проблемы: обеспечения гарантированных законодательством прав граждан и рационального расходования финансовых средств системы ОМС.

Ровно год назад – в мае 2008 года в выступлениях лидеров нашего государства было обращено особое внимание на вопросы обеспечения населения Российской Федерации качественной медицинской помощью.

Президент Российской Федерации Д.А. Медведев, выступая 7 мая 2008 года в Кремле с приветственной речью во время церемонии инаугурации, сказал: «Я в полной мере осознаю, как много еще предстоит сделать – сделать, чтобы

* При подготовке статьи использованы материалы, опубликованные в журнале «Экономика здравоохранения», №12, 2008

государство было действительно справедливым и заботливым по отношению к гражданам, чтобы как можно больше людей могли получить хорошее образование и качественные услуги в области здравоохранения».

«Нас не может устраивать сегодняшний уровень доступности и качества медицинской помощи, а также сохраняющееся бесправное положение пациента» – отметил председатель правительства России В.В. Путин, выступая на заседании Государственной думы Федерального собрания Российской Федерации, посвященном его представлению на пост председателя правительства Российской Федерации 8 мая 2008 года.

С сожалением можно констатировать, что во многом высказываемые и со стороны населения претензии к уровню оказания медицинской помощи гражданам – помощи доступной, бесплатной и качественной – обоснованы.

Так, по данным мониторинга Федерального фонда ОМС, проводимого на основе формы ведомственного статистического наблюдения № ПГ «Организация защиты прав и законных интересов граждан в системе обязательного медицинского страхования» в территориальные фонды ОМС и страховые медицинские организации по итогам 2008 года поступило 5433 жалобы на качество медицинской помощи, из них обоснованных жалоб –2976, то есть более половины 54,78%.

Именно поэтому удовлетворение потребности граждан Российской Федерации в бесплатной, качественной, доступной, квалифицированной медицинской помощи является одной из приоритетных целей государственной политики последних лет, важнейшей задачей развития здравоохранения.

Целью планирования действий государственных структур и общественности в рамках реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения также является создание прочной экономической основы для повышения доступности, качества и эффективности медицинской помощи населению. В то же время накопленный опыт свидетельствует, что только наращивание ресурсов здравоохранения (мощности учреждений, количества медицинских работников, медицинского оборудования) не приводит к желаемому результату.

Актуальность проблемы повышения качества медицинского обслуживания в условиях ограниченного финансирования отечественного здравоохранения и общемировой неблагоприятно складывающейся ситуации возрастает в связи с сохраняющимися негативными процессами в состоянии здоровья населения, особенно трудоспособного возраста, ростом заболеваемости, инвалидизации населения,

«Я в полной мере осознаю, как много еще предстоит сделать – сделать, чтобы государство было действительно справедливым и заботливым по отношению к гражданам, чтобы как можно больше людей могли получить хорошее образование и качественные услуги в области здравоохранения». –
Президент Российской Федерации Д.А.Медведев. Москва, Кремль 7 мая 2008 год.

«Нас не может устраивать сегодняшний уровень доступности и качества медицинской помощи, а также сохраняющееся бесправное положение пациента». –
Председатель правительства Российской Федерации В.В.Путин. (Из выступления на заседании Госдумы РФ 8 мая 2008 года).

снижением продолжительности жизни.

В российском здравоохранении достигнуты определенные результаты в направлениях, связанных с контролем качества медицинской помощи, системы гарантий качественной медицинской помощи, все больше внимания уделяется усилению творческого и научного компонентов совершенствования качества, внедряются протоколы ведения больных, принципы доказательной медицины, на новый уровень развития ступила система стандартизации.

Внедрение системы стандартов медицинской помощи, безусловно, существенным образом облегчает задачу обеспечения населения качественной доступной медицинской помощью и ее контроля, но не решает полностью.

Функции по осуществлению контроля за соблюдением стандартов качества медицинской помощи в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 31.12.2006 №905, утвердившим административный регламент Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции, возложены на данную структуру и ее региональные подразделения.

Согласно регламенту контроль за соблюдением стандартов определен как «государственная функция», представляющая собой совокупность определенных «административных процедур», поскольку на основании постановления правительства Российской Федерации от 30.06.2004 №323, утвердившего ее Положение, Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

То есть, контроль качества медицинской помощи на основе стандартов – это контроль, проводимый административными структурами, которые отвечают за организацию и оказание помощи – так называемый ведомственный контроль.

Этот контроль, бесспорно, является ведущим, но непременно должен иметь альтернативу – контроль объемов и качества медицинской помощи, получаемой на условиях обязательного медицинского страхования, в строгом соответствии с Законом «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

Следует отметить, что, система контроля качества медицинской помощи – вообще одна из самых проблемных сфер в здравоохранении. Проблема, стоящая и на российском, и на мировом уровнях, прежде всего, потому, что в практике существует множество дефиниций «качества» и еще большее количество понятий контроля качества медицинской помощи.

Отсутствие единого подхода к обеспечению качества медицинской помощи (КМП) в различных субъектах, к методам контроля, учета и оценки результатов экспертных проверок, различия в толковании отдельных терминов и понятий только усугубляют проблему.

Более того, в литературе даже определений качества медицинской помощи имеется несколько десятков - не только различающихся деталями, но нередко и противоречащих друг другу, что подтверждает отсутствие единой точки зрения по данному вопросу. Различные определения понятия «качество медицинской помощи» отражают, прежде всего, различия в понимании отдельными исследователями сути данной категории и области ее применения, что, в свою очередь, обусловлено двумя факторами.

- Во-первых, это связано с исключительной сложностью и многоплановостью понятий «медицинская помощь» и «качество медицинской помощи». Так, качество медицинской помощи, оказываемой отдельному больному, несет одну смысловую нагрузку, качество медицинской помощи, оказываемой в ЛПУ или в целом по стране, - другую. В соответствии с этим цели и методы измерения качества медицинской помощи в этих случаях могут не совпадать. Неоднозначны подходы к оценке качества со стороны различных субъектов медицинского страхования. Врачи оценивают качество своей работы и деятельности своих коллег с одних позиций, больные - с других, страховщики - с третьих и т.д.
- Во-вторых, изменяются требования к уровню медицинской помощи, появляются новые возможности и новые области применения показателей качества по мере развития общества, что побуждает исследователей постоянно обращаться к ним, но на новой основе с использованием системы понятий, каждое из которых раскрывало бы

ту или иную сторону общего явления применительно к конкретным условиям, а все вместе - создавали достаточно четкую и полную картину качества медицинской помощи.

Говоря о качестве медицинской помощи, следует иметь в виду, с одной стороны, уровень потребности населения в доступной, бесплатной, квалифицированной помощи, с другой, – реальные возможности здравоохранения, обусловленные определенным состоянием материально-технической базы, технологическим уровнем оказания помощи, кадровым потенциалом, степенью подготовки специалистов.

Введение системы ОМС, развитие рынка медицинских услуг, появление правовой базы для защиты прав пациента обусловили повышенное внимание к вопросам оценки качества медицинской помощи.

Целью контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении ОМС, определяемой действующим законодательством, является обеспечение права граждан на получение бесплатной медицинской помощи (медицинских услуг) надлежащего качества, в объеме и на условиях, соответствующих программам ОМС и договору на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по медицинскому страхованию, а также обеспечение эффективности и рациональности использования финансовых средств ОМС *(Рисунок 1)*.

Право всех граждан на получение качественной и доступной медицинской помощи становится не только декларированной обязанностью государства, но и «конкретизированным предметом», гарантии которого внесены в целый ряд нормативных правовых актов.

Фактически началом формирования нормативно-правовой базы, регулирующей контроль качества медицинской помощи в системе ОМС, можно считать принятие в 1991 году Закона Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», закрепившего право граждан на получение медицинских услуг соответствующего объема и качества в рамках программ обязательного и добровольного медицинского страхования (ст.6 Закона) и обязанность страховой медицинской организации (СМО)

Система защиты прав застрахованных

Рисунок 1

«...контролировать объемы, сроки и КМП в соответствии с условиями договора, защищать интересы застрахованных...» (ст.15 Закона).

Действующее законодательство по медицинскому страхованию граждан обязало созданные на его основе страховые компании защищать права граждан в системах и добровольного, и - впервые в практике отечественного здравоохранения - обязательного медицинского страхования.

В каждой страховой медицинской организации с этой целью были организованы отделы защиты прав застрахованных и медицинской экспертизы, и с этого момента на стороне пациента впервые стали выступать врач-эксперт качества медицинской помощи и, при необходимости, - специалист (юрист) страховой медицинской организации.

Именно с появлением системы ОМС получил развитие термин «вневедомственный контроль качества», т.е. контроль, не зависящий от структур, организующих и оказывающих собственно медицинскую помощь. В лице страховщиков и фондов ОМС появился «арбитр», посредник между «организатором» в лице органов управления здравоохранением и «производителем медицинских услуг» – ЛПУ, с одной стороны, и «получателем» – пациентом, – с другой.

Становление и развитие контроля качества медицинской помощи, организация защиты прав граждан в системе ОМС стали приобретать первостепенное значение и потребовали от фондов ОМС оперативной разработки как собственных документов, так и совместных с федеральными и территориальными органами управления здравоохранением.

Так, в целях совершенствования деятельности системы вневедомственного контроля КМП на территориях был утвержден приказ ФОМС об организации вневедомственной экспертизы КМП в системе ОМС, регламентировавший создание в территориальных фондах ОМС структурных подразделений по организации вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи и защите прав застрахованных, которые уже более 10 лет принимают непосредственное участие в экспертной деятельности, осуществляют методическое руководство деятельностью страховых медицинских организаций и филиалов ТФОМС по экспертизе качества медицинской помощи, осуществляют мониторинг и анализ полученных данных о состоянии КМП в целом.

Одновременно Федеральным фондом ОМС в целях унификации принципов организации и механизмов осу-

Организация защиты прав граждан в системе ОМС

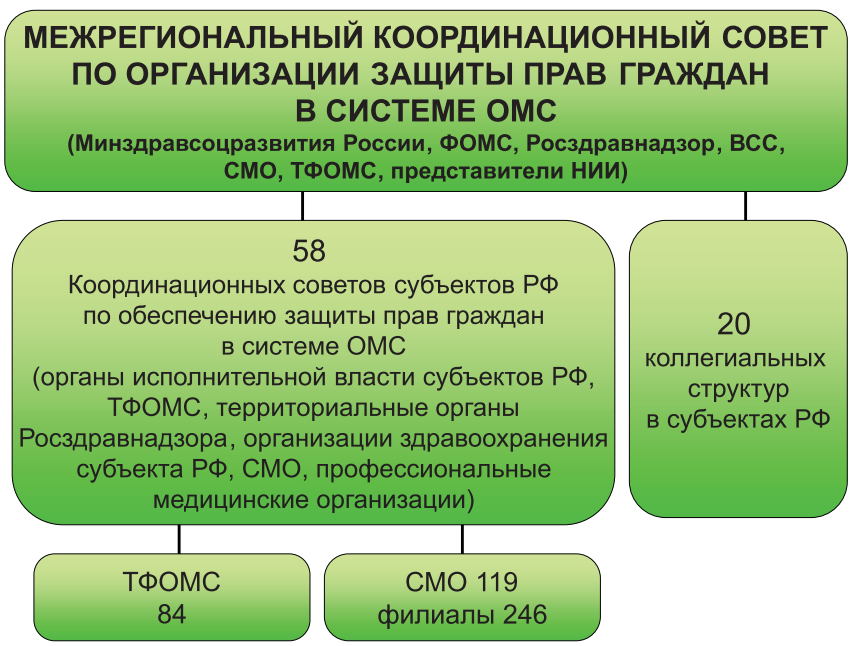


Рисунок 2

ществления контроля КМП были утверждены методические рекомендации, содержащие примерное Положение о контроле качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации.

Огромное значение для формирования правового механизма деятельности системы вневедомственного контроля КМП и установления порядка ее взаимодействия с ведомственной системой контроля КМП сыграли документы, разработанные ФОМС совместно с Минздравом России.

Все эти нормативные правовые акты послужили той основой, на которой были построены территориальные системы организации контроля КМП и защиты прав граждан в системе ОМС *(Рисунок 2)*.

Но любое понятие «организация», в том числе, организация контроля КМП, по сути своей не статично, в него постоянно вносятся изменения, дополнения, оно просто вынуждено меняться, чтобы перманентно быть органично встроенным в реалии современной системы здравоохранения, столь чутко реагирующей на общеэкономические и политические ориентиры.

Определенные коррективы в распределение полномочий в части контроля КМП были внесены после создания Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

Возложенные на нее полномочия по контролю и надзору за качеством медицинской помощи не отменили законодательно закрепленные функции территориальных фондов и страховщиков в системе ОМС, но заставили субъекты и участников системы ОМС еще раз пересмотреть собственные задачи организации КМП и определить возможные пути их выполнения.

Актуальность данной проблемы возросла после отмены ряда действовавших федеральных нормативных документов, регламентирующих контроль КМП в целом и в системе обязательного медицинского страхования, в частности.

За 10 лет, прошедших с момента выхода единого федерального документа по контролю КМП, изменилась и сама система ОМС: укрупнялись субъекты Российской Федерации и территориальные фонды, сокращалось количество территорий, на которых в системе ОМС не работают страховые медицинские организации. Если десять – пятнадцать лет назад таких субъектов было около трети, то сейчас – только одна территория из 85.

Если ранее территориальным фондам требовались наиподробнейшие документы, регламентирующие чуть ли не каждый шаг, то к 2008 году большинство ТФОМС имеют четкую, адекватную собственную нормативную базу, способны самостоятельно решать значительную долю проблем, в том числе и по организации контроля КМП.

В условиях вакуума в федеральной правовой базе разработанные в субъектах Российской Федерации территориальные положения о системе вневедомственного контроля качества были единственными документами, определяющими организацию и механизмы реализации законодательно закрепленного права на контроль качества медицинской помощи в системе ОМС.

Но наличие даже самых лучших «местных» нормативных актов оставляет открытой проблему необходимости оперативной разработки единого базового документа, основополагающего для всех ТФОМС, который при этом учитывал бы и накопленный территориальный опыт.

В сложившейся к 2007 - 2008 г.г. ситуации бесспорной стала актуальность совершенствования действующей правовой и методической базы при осуществлении контроля КМП в системе ОМС, унификации основных терминов и определений системы контроля КМП, а подготовка нормативного правового акта, регламентирующего на федеральном уровне порядок проведения контроля качества медицинской помощи в системе ОМС, приобрела особую важность.

Для разрешения данной проблемы ФОМС была создана рабочая группа, итогом скрупулезной работы членов которой был подготовленный приказ ФОМС от 26.05.2008 № 111 «Об организации контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования», утверждающий методические рекомендации по организации контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования.

В конце 2007 года проект документа обсуждался и был одобрен на заседаниях Межрегионального координацион-

ного совета по организации защиты прав граждан в системе ОМС и Совета директоров фондов обязательного медицинского страхования.

Методические рекомендации, утвержденные приказом, определили порядок проведения страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами ОМС контроля объемов и качества медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, обозначили содержание и возможные механизмы реализации ответственности, которую несут медицинские организации за объем и качество предоставляемых медицинских услуг в соответствии с законодательством Российской Федерации и условиями договора на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по ОМС.

Приказ № 111 «Об организации контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования», изданный ФОМС с учетом предложений коллектива специалистов территориальных фондов ОМС, страховых медицинских и научно-исследовательских организаций, представителей Минздравсоцразвития России, изначально направлен на обеспечение стабильного функционирования системы ОМС в целом и рационального использования средств системы ОМС.

Все задачи, стоящие перед фондами ОМС, так или иначе направлены на одну конечную цель, заложенную в качестве краеугольного камня становления системы ОМС еще в начале 90-х годов, – постулат «деньги следуют за пациентом», т.е. в рамках страхового способа финансирования оплачивается конкретная медицинская помощь (услуга), оказанная конкретному человеку при возникновении страхового случая, а не финансирование всех ЛПУ (страховой принцип финансирования) и, следовательно, - необходимость контроля за объемом и качеством этой медицинской помощи (услуги) гражданам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, - является абсолютно логичной.

Сборник методических рекомендаций по контролю объемов и качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования

Рисунок 3

Понимая важность проблемы контроля КМП в системе ОМС, ФОМС, одновременно, было принято решение о необходимости подготовки более подробного документа, построенного на анализе имеющихся территориальных моделей, современных научных разработок, документа, позволяющего дать конкретные практические рекомендации по различным аспектам организации контроля объемов и качества медицинской помощи, использование которых будет способствовать становлению единой системы контроля качества медицинской помощи, а также даст возможность унифицировать подходы к оценке деятельности системы ОМС по защите прав застрахованных и проводить сравнительный анализ полученных материалов по различным территориям, что сделает работу по управлению качеством медицинской помощи более целенаправленной и эффективной.

Подготовленное ГУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья РАМН» в рамках научно-исследовательской работы «Положение о системе контроля качества медицинской помощи в условиях обязательного медицинского страхования» содержит документы, в которых весьма остро нуждаются территориальные фонды и страховщики: положения об эксперте качества медицинской помощи и эксперте - организаторе контроля объемов и качества медицинской помощи при осу-

Методическое пособие «Защита прав граждан в системе обязательного медицинского страхования. Вопросы организации контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении ОМС»

Содержание:

- Примерное положение об эксперте-организаторе контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования.
- Примерное положение об эксперте качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования.
- Примерное положение о территориальном (межведомственном) совете по управлению качеством медицинской помощи.
- Примерное положение о представителях страховых медицинских организаций в лечебно-профилактических учреждениях системы обязательного медицинского страхования с примерной формой Дополнительного соглашения к Договору на предоставление лечебно-профилактической помощи в системе обязательного медицинского страхования по организации работ по защите прав граждан и проведению контроля качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования»
- Рекомендации по интегрированной оценке деятельности страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования по защите прав застрахованных граждан.
- Рекомендации по обеспечению застрахованных граждан страховыми медицинскими полисами обязательного медицинского страхования граждан
- Рекомендации по обеспечению информированности населения о правах в области охраны здоровья.
- Примерное положение о регистре внештатных экспертов качества медицинской помощи в системе ОМС.
- Примерное положение о порядке рассмотрения обращений граждан в территориальном фонде обязательного медицинского страхования.

Рисунок 4

ществлении ОМС, ряд форм документов экспертной оценки по итогам контроля объемов и качества медицинской помощи. Эти материалы были включены в изданный в сентябре 2008 года и сразу ставший чрезвычайно популярным среди ТФОМС и страховщиков - «Сборник методических рекомендаций по контролю объемов и качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования» *(Рисунок 3)*.

Одновременно для оптимизации работы по организации защиты прав и законных интересов граждан Федеральным фондом ОМС было подготовлено методическое пособие «Защита прав граждан в системе обязательного медицинского страхования. Вопросы организации контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении ОМС», в которое включены для практического использования в работе территориальных фондов ОМС и страховых медицинских компаний образцы примерных положений и рекомендаций *(Рисунок 4)*.

Утверждение приказа ФОМС № 111 и методических рекомендаций по организации контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении обяза-

тельного медицинского страхования положили начало процессу разработки целого ряда новых нормативных и методических документов, регламентирующих различные аспекты системы защиты прав граждан и контроля качества медицинской помощи, оказываемой при осуществлении обязательного медицинского страхования.

Так, спустя буквально два месяца после его выхода была оптимизирована форма ведомственного статистического наблюдения №ПГ «Организация защиты прав и законных интересов граждан в системе обязательного медицинского страхования» - объективный отчетный документ, позволяющий вести с определенной периодичностью мониторинг реализации системы ОМС «на уровне застрахованного гражданина», новая версия которой была утверждена приказом ФОМС от 14.08.2008 №175.

Для составления данной формы, основанной на сведениях о поступающих от граждан обращениях и результатах их рассмотрения, было разработано и направлено в ТФОМС письмом ФОМС от 06.05.2009 №1530/30-3/и примерное Положение «О порядке рассмотрения обращений граждан в территориальном фонде обязательного медицинского страхования».

В настоящее время на стадии согласования находится приказ ФОМС «Об утверждении Административного регламента ФОМС по исполнению государственной функции обеспечения своевременного и полного рассмотрения устных и письменных обращений граждан с уведомлением заявителей о принятии по ним решений и направление ответов в установленный законодательством Российской Федерации срок».

Однако не следует забывать и еще об одном аспекте. Нередко граждане не обращаются в фонды ОМС или страховые медицинские компании даже в тех случаях, когда они явно не удовлетворены качеством бесплатной медицинской помощи. Происходит это в первую очередь по элементарной причине – граждане (впрочем, как и ряд руководителей регионов или различных структур) не имеют полной информации о правах застрахованных по обязательному медицинскому страхованию.

Складывается парадоксальная ситуация: с одной стороны, – система ОМС совершенствуется, оптимизируются регулирующие деятельность ее субъектов нормативные правовые акты, с другой стороны, – население, которое спустя более 15 лет, весьма туманно представляет, какие права и гарантии обеспечило ему введение системы ОМС, считая страховой медицинский полис ОМС «непонятной бумажкой».

В целях обеспечения информированности граждан об их правах при оказании медицинской помощи при осуществлении ОМС Федеральным фондом ОМС разработаны рекомендации «Об обеспечении информированности граждан о правах при получении медицинской помощи в условиях ОМС», конкретизирующие направления работы территориальных фондов ОМС и СМО по решению проблемы.

Следует отметить, что акцентирование внимания системы ОМС на ее конечном «потребителе» - застрахованном гражданине - один из основных принципов современной системы управления качеством.

Потребитель является участником процесса оказания качественной и доступной медицинской помощи, осуществляемой медицинскими организациями (производите-

«Качество оказываемых медицинских услуг является наиболее важным показателем реализации права на охрану здоровья и медицинскую помощь». –
(Из доклада Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации за 2008 год. Публикация 17 апреля 2009 года)

лем мед.услуг) и заинтересован в конечном результате, являясь главным арбитром в его оценке.

В связи с этим, проблемы, связанные с повышением роли потребителя в процессе оказания медицинской помощи выделяются особо в комплексе решаемых проблем по повышению качества медицинской помощи.

В настоящее время практически достигнуто согласие всех сторон и участников процесса оказания медицинской помощи, ее контроля, оплаты по вопросу возможности использования мнения пациента как по данным социологических опросов, так и по данным самостоятельных обращений.

В то же время остаются не разработанными методы, формы, подходы к контролю и оценке уровня этого показателя на территориальном уровне.

Разработка нормативных правовых актов по вопросам оценки пациентом качества оказанной медицинской помощи включена в «Перечень проектов по реализации основных направлений деятельности правительства Российской Федерации на период до 2012 года», утвержденный распоряжением правительства Российской Федерации от 17.11.2008 №663-р. В документе особо отмечена необходимость «расширить возможности граждан влиять на деятельность организаций здравоохранения, ввести практику оценки пациентом качества оказанной медицинской помощи».

С целью изучения удовлетворенности медицинской помощью граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, для страховых медицинских организаций и территориальных фондов обязательного медицинского страхования ФОМС разработаны методические рекомендации, определяющие порядок подготовки и процедуру проведения опросов и анкетирования граждан в системе ОМС, установления и рассмотрения их результатов: «Организация проведения социологического опроса (анкетирования) населения об удовлетворенности качеством медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования».

Повышение доступности и качества медицинской помощи, в соответствии с «Концепцией развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года», является одним из приоритетов государственной политики сохранения и укрепления здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни.

Роль системы ОМС здесь чрезвычайно велика: около двух третей всей медицинской помощи оплачивается за счет средств системы обязательного медицинского страхования.

В целях определения основных направлений развития системы защиты прав, и как ее важнейшего составляющего элемента – контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении ОМС, определения круга наиболее актуальных мероприятий по решению этой серьезной проблемы помимо основополагающей «большой Концепции» ФОМС разрабатывается «Концепция развития системы защиты прав застрахованных в условиях ОМС» - конкретный документ, определяющий стороны – участники процесса, их функции, задачи и мероприятия, способствующие решению этих задач.

Завершить сегодняшний разговор об актуальности проблемы качества медицинской помощи, оказываемой гражданам в рамках системы обязательного медицинского страхования, можно словами, включенными в опубликованный 17 апреля 2009 года доклад Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации за 2008 год: «Качество оказываемых медицинских услуг является наиболее важным показателем реализации права на охрану здоровья и медицинскую помощь».

Заседание Межрегионального координационного совета по организации защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования.
(10 июня 2009 год. Санкт-Петербург)

Председатель ФОМС А.В. Юрин и вице-губернатор Санкт-Петербурга Л.А. Косткина в президиуме заседания

С 1998 года при Федеральном фонде ОМС функционирует Межрегиональный координационный совет по организации защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования (Координационный совет).
Согласно Положению о Межрегиональном координационном совете, утвержденному приказом ФОМС от 02.04.2009 № 62, основными направлениями работы Координационного совета являются координация и разработка организационно-правовой и методической базы системы защиты прав граждан в условиях обязательного медицинского страхования (ОМС).

В работе заседания Координационного совета приняли участие вице-губернатор Санкт-Петербурга Л.А. Косткина, председатель Комитета по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга Ю.А. Щербук, а также члены Межрегионального координационного совета: представители Федерального и территориальных фондов ОМС, Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, крупных страховых медицинских организаций и объединений страховщиков, ведущих научных учреждений.

В приветственном слове вице-губернатор Санкт-Петербурга Л.А. Косткина отметила приоритетность проблем здравоохранения для правительства Санкт-Петербурга, проинформировала о сложностях, существующих в системе управления качеством медицинской помощи, в том числе по разработке нормативной базы, ее регулирующей, об актуальности проведения социологических опросов среди населения, о работе действующего с апреля 2009 года Координационного совета по управлению качеством медицинской помощи при правительстве Санкт–Петербурга.

Исполнительный директор ТФОМС Санкт-Петербурга, представитель ФОМС в Северо-Западном федеральном округе **В.М. Колабутин**

В докладе исполнительного директора ТФОМС Санкт-Петербурга, представителя ФОМС в Северо-Западном федеральном округе В.М. Колабутина было отмечено, что активно участвуя в работах по созданию в Санкт-Петербурге единой системы управления качеством медицинской помощи Территориальный фонд ОМС Санкт-Петербурга приобрел уникальный опыт, который был по достоинству оценен руководителями территориальных фондов ОМС регионов Северо-Западного федерального округа.

В период с июня по август 2008 года, Территориальный фонд ОМС Санкт-Петербурга заключил соглашения о сотрудничестве в области защиты прав граждан, обеспечения доступности и контроля качества медицинской помощи с территориальными фондами ОМС всех регионов Северо-Западного федерального округа.

В августе 2008 года был создан Межрегиональный координационный совет, в который вошли исполнительные директора территориальных фондов ОМС регионов Северо-Западного федерального округа. Его председателем является исполнительный директор Территориального фонда ОМС Санкт-Петербурга В.М. Колабутин *(Рисунок 1)*.

После того, как были сформированы необходимые условия для организации совместных работ, территориальные фонды ОМС приступили к внедрению единых подходов к экспертизе и управлению качества медицинской помощи в регионах.

К основным задачам, решение которых направлено на внедрение в Северо-Западном федеральном округе согласованных подходов к управлению качеством медицинской помощи, отнесены:

— совершенствование нор-

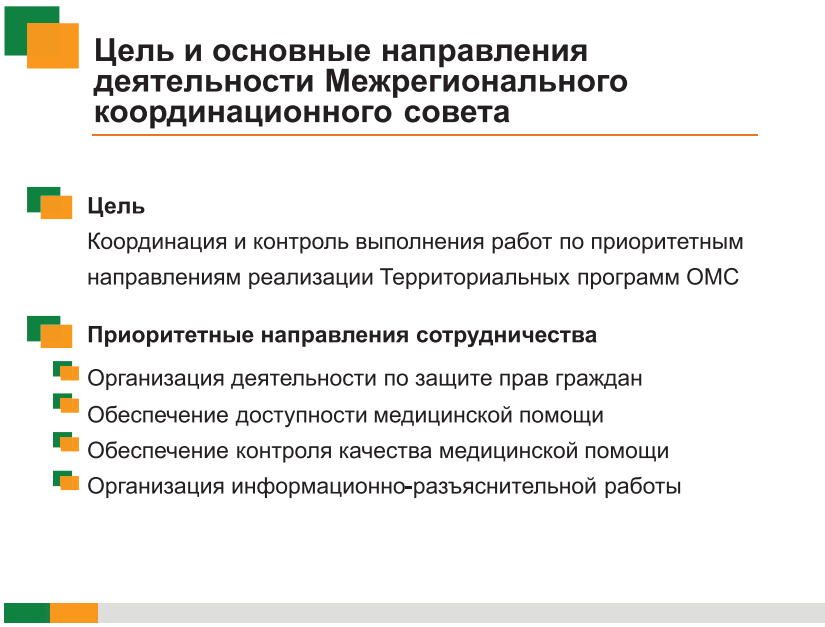


Рисунок 1

мативного регулирования деятельности по экспертизе и управлению качеством медицинской помощи с учетом опыта Санкт-Петербурга;

— подготовка экспертов и организаторов экспертизы качества медицинской помощи по единым программам обучения;

— внедрение в регионах единой информационно-аналитической технологии экспертизы качества медицинской помощи;

— обмен опытом по вопросам создания и развития систем управления качеством медицинской помощи в регионах.

Для внедрения общих подходов к управлению качеством медицинской помощи и осуществления совместных работ по управлению качеством медицинской помощи (КМП) в регионах Северо-Западного федерального округа были внесены изменения в действующие нормативные правовые акты, а также разработаны новые документы о создании систем управления КМП, подготовлены положения о регистре внештатных экспертов КМП в системе ОМС, утверждены положения о службах КМП в страховых медицинских организациях.

Внедрение в регионах единой автоматизированной технологии экспертизы качества медицинской помощи (АТЭ КМП), обеспечивающей сбор и обобщение данных о КМП в едином информационном формате, получение сопоставимых показателей КМП, позволяет регионам Северо-Западного федерального округа приступить к проведению совместной работы по выявлению, устранению типичных ошибок в оказании медицинской помощи и разработке мер по их предупреждению.

Детально о создании единой системы управления качеством медицинской помощи в Санкт-Петербурге и внедрении автоматизированной технологии экспертизы КМП в работу служб качества медицинской помощи рассказала М.А Карачевцева, начальник Управления организации контроля качества медицинской помощи ТФОМС Санкт-Петербурга.

В медицинских учреждениях и в СМО Санкт-Петербурга сформированы службы КМП, целью работы которых являются организация и осуществление деятельности по экспертизе КМП, принятие управленческих решений по улучшению КМП, информационный обмен по вопросам КМП в медицинских учреждениях и в СМО Санкт-Петербурга.

Внедрение общей информационно-аналитической технологии экспертизы КМП позволило проводить тематические экспертизы КМП с последующим принятием управленческих решений по улуч-

шению КМП на уровнях главных врачей медицинских учреждений, руководителей органов управления здравоохранения, СМО, членов Координационного совета по управлению КМП в Санкт-Петербурге.

Подходы к формированию системы защиты прав застрахованных граждан в условиях ОМС в Санкт-Петербурге представил начальник отдела по работе с гражданами Управления организации защиты прав застрахованных граждан ТФОМС Санкт-Петербурга Г.Я. Лопатенков.

С 2004 года действует «Положение о порядке возмещения застрахованным гражданам неправомерно понесенных ими расходов на оплату медицинской помощи», что позволило в 2007 году возместить в досудебном порядке гражданам 1670 тыс. рублей. Для разграничения процедур деятельности СМО по экспертному контролю объемов и качеству оказанных услуг и защиты прав граждан разработаны «Положения о первичном экспертном контроле счетов», «О медико-экономической экспертизе страховых случаев», «О службе качества страховой медицинской организации», ведется разработка «Положения о службе защиты прав граждан в страховой медицинской организации», создана Ассоциация страховых медицинских организаций.

Работа по совершенствованию судебной защиты прав застрахованных граждан проводится в рамках создания Третейского суда медицинского страхования и здравоохранения при Санкт-Петербургской торгово-промышленной палате, а также судами в соответствии с их компетенцией. В 10-ти крупнейших стационарах Санкт-Петербурга внедрены службы страховых представителей.

О роли страховых медицинских организаций в оптимизации работы по обеспечению прав граждан на доступную и качественную медицинскую помощь на заседании Координационного совета доложили представители страховых медицинских организаций Санкт-Петербурга.

Генеральный директор ОАО «Городской страховой медицинской компании» И.Г. Арефин сообщил, что реализация основных направлений деятельности СМО осуществляется в рамках заключенных договоров с ТФОМС Санкт-Петербурга, амбулаторно-поликлиническими и стационарными учреждениями, Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга как страхователем неработающих граждан, тематических соглашений о совместной деятельности с районными администрациями и районными органами управления здравоохранением. Нормами договоров и соглашений определены права и обязательства СМО по контролю качества и доступности предоставляемой застрахованным медицинской помощи, регламентируется совместная деятельность по развитию систем контроля качества медицинской помощи и улучшения ее доступности в отдельных ЛПУ и в системе здравоохранения города в целом.

Выявление нарушений доступности медицинской помощи, как в части недостаточной информации о правах застрахованных, так и в части несвоевременного предоставления медицинской помощи, требует большой организационной работы СМО по совместному с лечебным учреждением устранению недостатков.

Таким образом, на первый план выступает организация и контроль за предоставлением доступной и качественной медицинской помощи, а также досудебная и судебная защита прав и законных интересов граждан (за время деятельности страховой медицинской компании в пользу застрахованных вынесено более 50 судебных решений о возмещении материального ущерба и компенсации морального вреда на сумму более 5,5 миллионов рублей).

О создании службы качества медицинской помощи в страховой медицинской организации и результатах ее взаимодействия с органами управления и учреждениями здравоохранения по вопросам обеспечения качества медицинской помощи сообщил заместитель генерального директора ООО «СМК «Русский мир» Е.М. Ривин.

Страховой медицинской компанией «Русский мир», участвующей в формировании систем управления качеством с 2006 года, подписано соглашение с администрацией Петроградского административного района, в рамках которого предусматривается обучение врачей района автоматизированной технологии экспертизы КМП, а в 2007 году создано Управление контроля качества медицинской помощи.

Как отметил Е.М. Ривин, в настоящее время закончен первый организационный этап формирования систем

управления качеством медицинской помощи в районном звене здравоохранения: во всех амбулаторно-поликлинических учреждениях сформированы автоматизированные рабочие места, обучены врачи-эксперты, организаторы экспертизы качества медицинской помощи, проводятся тематические и целевые экспертизы качества медицинской помощи, налажено взаимодействие страховой медицинской организации с амбулаторно-поликлиническими учреждениями, функционируют координационные советы по управлению качеством медицинской помощи.

На втором этапе предусматривается, наряду с продолжением работы по проведению экспертизы качества медицинской помощи, накопление экспертного материала, совершенствование методов администрирования и механизма принятия управленческих решений.

Исполнительный директор ТФОМС Вологодской области **И.Б. Симкина**

Об организации системы управления качеством медицинской помощи в Вологодской области сообщила исполнительный директор ТФОМС Вологодской области И.Б. Симкина *(Рисунки 2; 3)*.

В Вологодской области разработана и утверждена нормативно-правовая база, созданы службы управления качеством в страховых медицинских организациях, в ТФОМС Вологодской области усилены отделы организации медицинской экспертизы и защиты прав застрахованных; в целях развития системы стандартов медицинской помощи разработан 41 медико-экономический стандарт, по которым работают 40 учреждений здравоохранения.

Для обеспечения обратной связи с потребителем медицинских услуг проводится ежемесячный мониторинг жалоб на качество лечения. Данные мониторинга направляются в Департамент здравоохранения области для принятия управленческих решений.

Система контроля качества медицинской помощи включает экспертизу и мониторинг качества медицинской помощи: экспертиза осуществляется врачами-экспертами СМО и ТФОМС, а также специалистами органов здравоохранения и ЛПУ. Мониторинг проводится в каждом ЛПУ и заносится в электронном виде в едином формате, что позволяет создавать стандартные графические материалы по деятельности ЛПУ.

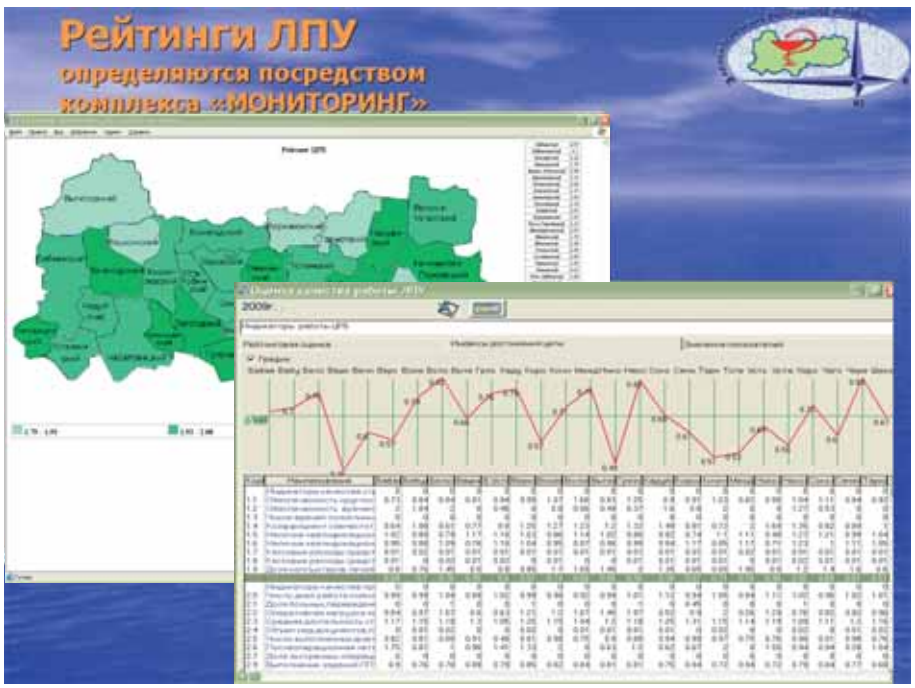


Рисунок 2

Рисунок 3

Исполнительный директор Краснодарского ТФОМС **Н.Н. Стадченко**

Опытом работы по организации защиты прав граждан и контроля качества медицинской помощи в системе ОМС с использованием автоматизированного режима формирования медико-экономических стандартов на территории Краснодарского края поделилась исполнительный директор Краснодарского территориального фонда ОМС Н.Н. Стадченко *(Рисунки 4; 5)*.

В целях обеспечения защиты прав граждан на получение доступной и качественной медицинской помощи в мае 2008 года был создан Координационный совет под руководством вице-губернатора Краснодарского края Г.Д. Золиной.

В настоящее время Департаментом здравоохранения Краснодарского края утверждено 4,5 тыс. комплексных медицинских услуг (стандартов), создан Совет по стандартизации, разработано и установлено во всех лечебных учреждениях программное обеспечение, позволяющее формировать стандарты оказания медицинской помощи и рассчитать его стоимость («база данных стандартов» включает в себя 2034 стандарта).

Контроль за соблюдением выполнения стандартов осуществляется при помощи единой информационной системы, разработанной в крае, что позволило обеспечить автоматизированный вариант многоуровневой экспертизы объемов и качества медицинской помощи, реализовать возможность персонифицированного отчета о проведенном лечении, контролировать расходование ресурсов, обеспечить защиту прав пациентов, обеспечить экономическую заинтересованность ЛПУ в повышении качества оказываемой медицинской помощи.

С начала 2009 года введены в работу 174 стандарта оказания медицинской помощи, разработанные на основе федеральной номенклатуры, в которые внесены современные технологии оказания медицинской помощи.

Рисунок 4

Таким образом, стандартизация медицинской помощи, программные комплексы для формирования реестров счетов за оказанные услуги, экспертиза объема и качества оказанной медицинской помощи, анкетирование застрахованных граждан в системе ОМС – это мероприятия, направленные на усовершенствование процесса получения пациентами доступной, качественной, бесплатной помощи.

Рисунок 5

Заместитель исполнительного директора по организации ОМС Пермского КФОМС
И.К. Новосёлова

Территориальную модель организации защиты прав застрахованных и управления качеством медицинской помощи в условиях ОМС на территории Пермского края представила заместитель исполнительного директора по организации ОМС Пермского краевого фонда ОМС И.К. Новоселова *(Рисунки 6; 7)*.

В настоящее время в Пермском крае создана система управления качеством медицинской помощи, основанная на единстве принципов внутриведомственного и вневедомственного контроля, субъективной оценке пациента, объективной оценке условий предоставления медицинской помощи, мониторинга экспертной деятельности и трехуровневой системе защиты прав застрахованных.

На территории края внедрена методика оценки качества медицинской помощи на основе определения интегрального показателя уровня качества лечения (УКЛ), создана единая база всех реестров ЛПУ.

В целях эффективности управления процессом вневедомственного контроля качества медицинской помощи в крае действует система ежемесячного мониторинга результатов контроля качества медицинской помощи.

Рисунок 6

Созданная в крае многоуровневая система защиты прав застрахованных способствует максимальному обеспечению досудебного урегулирования споров между страховыми медицинскими организациями, пациентом и медицинским учреждением.

На территории края практически реализовано право граждан на выбор страховой медицинской организации в системе ОМС (в 2007 году 433721 неработающий гражданин воспользовался правом выбора СМО, в 2008 г. – 356800 человек). С целью реализации права граждан на выбор СМО утвержден единый Порядок формирования и размещения критериев для оценки деятельности СМО для использования страхователями и застрахованными.

Рисунок 7

Городская Мариинская больница в Санкт-Петербурге.
На фото (слева направо) исполнительный директор ТФОМС Санкт-Петербурга В.М. Колабутин , заместитель главного врача по медицинской части Л.В. Щеглова, председатель ФОМС А.В. Юрин, главный врач О.В. Емельянов

Также создана собственная корпоративная система подготовки, переподготовки и повышения квалификации руководителей и специалистов для системы ОМС, в том числе главных врачей ЛПУ, их заместителей, врачей – организаторов СМО и внештатных врачей-экспертов.

Утверждена и реализуется методика расчета коэффициента достижения результатов медицинских учреждений - фондодержателей по результатам контроля качества медицинской помощи и наличию обоснованных жалоб граждан.

Управлением организации ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования предложен участникам заседания для рассмотрения проект Концепции развития системы обеспечения и защиты прав застрахованных в условиях ОМС (далее – Концепция).

В проекте Концепции представлено современное состояние системы защиты прав застрахованных в системе ОМС, сформулированы основные цели и задачи, мероприятия по совершенствованию защиты прав застрахованных (этапы реализации, основные направления и мероприятия), условия реализации и финансовое обеспечение Концепции, ожидаемые результаты.

Директор Санкт-Петербургского института медицинского страхования В.В Петухова представила методические рекомендации «Об основных подходах по использованию рациональных наборов медицинских услуг для планирования объема страхового обеспечения по ОМС в ТФОМС, СМО и медицинских учреждениях», подчеркнув при этом, что важнейшей задачей развития системы защиты прав застрахованных в ОМС является разработка и внедрение механизма реализации и гарантирования права на медицинские услуги, соответствующие по объему и качеству условиям договора.

Подходы, используемые при разработке методических рекомендаций по применению рациональных наборов медицинских услуг для планирования объема страхового обеспечения по ОМС в ТФОМС, СМО и медицинских организациях основаны на страховых механизмах и позволяют полностью решить данную задачу.

Участники заседания в рамках изучения практического опыта работы в субъекте Рос-

сийской Федерации посетили родильный дом № 2 г.Санкт-Петербурга, ознакомились с работой Мариинской больницы, в том числе с работой кабинета страхового представителя, различными формами информирования граждан о правах на предоставление бесплатной медицинской помощи в системе ОМС.

По итогам проведения выездного заседания Межрегионального координационного совета по организации защиты прав граждан в системе ОМС Координационный совет принял к сведению и одобрил информацию о деятельности территориальных фондов ОМС и страховых медицинских организаций по организации защиты прав граждан и контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования, представленную в докладах и при ознакомлении с опытом работы медицинских организаций Санкт-Петербурга, поддержал проект Концепции развития системы защиты прав застрахованных в условиях обязательного медицинского страхования и рекомендовал разработку и утверждение методических рекомендаций ФОМС по использованию рациональных наборов медицинских услуг для планирования объема страхового обеспечения по ОМС в ТФОМС, СМО и медицинских учреждениях в рамках научно-исследовательской работы в течение 2009 года.

По итогам заседания было принято Решение Координационного совета, в котором даны поручения членам Координационного совета по подготовке предложений по Концепции развития системы защиты прав застрахованных в условиях ОМС, разработке примерного Положения о защите прав граждан в системе ОМС, по основным подходам создания системы управления качеством медицинской помощи в системе ОМС и как ее составной части – системы экспертизы качества медицинской помощи в системе ОМС, основанной на стандартах медицинской помощи.

Федеральному фонду ОМС было предложено обобщить представленные членами Координационного совета предложения по доработке проекта Концепции развития системы защиты прав застрахованных в условиях обязательного медицинского страхования, по разработке примерного Положения об организации защиты прав граждан в системе ОМС, предложения по созданию системы качества в системе обязательного медицинского страхования и как составной части – методик экспертизы объемов и качества медицинской помощи в системе ОМС, основанной на стандартах.

Территориальным фондам ОМС поручено представить в ФОМС материалы о методах проведения экспертизы объемов и качества медицинской помощи, принятых на территории субъектов Российской Федерации, предложения по применению регрессных исков по возмещению ущерба, причиненного застрахованным гражданам в системе ОМС вследствие противоправных действий третьих лиц, материалы по действующим в субъектах Российской Федерации формам и видам информирования граждан о правах в системе обязательного медицинского страхования, а также предложения по их совершенствованию.

Закрывая заседание Координационного Совета, председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования А.В. Юрин еще раз подчеркнул важность вопросов, обсуждаемых на Межрегиональном координационном совете по организации защиты прав граждан в системе ОМС, а также призвал присутствующих к активизации работы по внесению предложений в нормативные правовые акты, регламентирующие порядок организации контроля объемов и качества медицинской помощи в системе ОМС и защиты прав застрахованных по обязательному медицинскому страхованию.

В.В. Бабин, Д.П. Шумилов
Пермский краевой фонд ОМС

Реализация на региональном уровне права гражданина на выбор страховой медицинской организации в системе обязательного медицинского страхования

В.В. Бабин

Исполнительный директор ПКФОМС

Статьей 6 Закона Российской Федерации от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (далее – Закон о медицинском страховании) установлено право гражданина на выбор медицинской страховой организации. Вместе с тем, в своем послании Федеральному собранию от 05.11.2008 президент Российской Федерации Дмитрий Анатольевич Медведев указал на то, что в системе ОМС права застрахованных граждан в полной мере не обеспечены и, несмотря на законодательно закрепленную возможность выбора страховых организаций, – в реальной жизни такой выбор практически отсутствует.

На территории Пермского края возможность выбора страховой медицинской организации при обязательном медицинском страховании предоставлена и гарантирована неработающим гражданам с 2005 года.

Правовыми основаниями для реализации такой возможности явилась норма пункта ж) статьи 72 Конституции Российской Федерации, согласно которой обязательное медицинское страхование относится к предмету совместного ведения Российской Федерации и её субъектов во взаимосвязи с нормой подпункта 2 статьи 3 Федерального зако-

на от 06.10.1999 № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации», которой, в свою очередь, установлено, что субъекты Российской Федерации вправе осуществлять собственное правовое регулирование по предметам совместного ведения до принятия федеральных законов.

По смыслу норм Закона о медицинском страховании, норм законодательства Пермского края органом, управомоченным создавать нормативный механизм реализации неработающими гражданами права выбора СМО на региональном уровне, является орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации – страхователь неработающих граждан, который, основываясь на конституционных принципах, своей волей, выраженной в форме надлежащего нормативного правового акта, создает неработающим гражданам необходимые процедурные гарантии для реализации права выбора СМО на региональном уровне.

В результате в 2005 году в Правилах ОМС населения Пермской области, а после создания нового субъекта Российской Федерации – Пермского края, в Правилах ОМС Пермского края, утвержденных постановлением правительства Пермского края от 22.12.2006 № 99-п, были закреплены нормы-гарантии, обеспечивающие реализацию права выбора СМО неработающими гражданами. При этом в полной мере был соблюден принцип регулирования взаимоотношений между субъектами ОМС на основании заключаемых между ними договоров, установленный статьей 26 Закона Российской Федерации о медицинском страховании. Технология взаимодействия субъектов ОМС в подсистеме «гражданин - СМО», а также порядок взаимоотношений в подсистеме «СМО – территориальный фонд ОМС» при реализации неработающими гражданами права выбора СМО закреплены в Порядке выбора неработающими гражданами страховой медицинской организации по обязательному медицинскому страхованию, утвержденном приказом Министерства здравоохранения Пермского края от 14.05.2007 № 147 (далее – Порядок). Упомянутым Порядком установлено, что выбор (замена) СМО по обязательному медицинскому страхованию осуществляется неработающим гражданином на основании заявления, форма которого является приложением к данному нормативному правому акту. Порядком установлено также, что реализация права выбора СМО для детей в возрасте до 16 лет осуществляется их родителями или законными представителями, для граждан, признанных недееспособными, – их законными представителями.

Порядок информационного обмена между субъектами обязательного медицинского страхования и порядок учета численности застрахованных неработающих граждан в условиях реализации права выбора СМО установлены в соответствующих нормативно-методических документах, утвержденных Пермским краевым фондом ОМС, и зафиксированы в условиях договоров, заключаемых в системе ОМС на территории края.

Сегодня жизнеспособность и востребованность созданной на территории края системы полностью подтверждена фактическими результатами ее реализации. За период с 25.07.2005 г. по 01.05.2009 г. 1 142 645 застрахованных по ОМС неработающих граждан реализовали на территории края право выбора (замены) СМО. За указанный период наблюдалась следующая динамика изменения численности застрахованных по ОМС неработающих граждан, реализовавших право выбора (замены) СМО:

- на 01.01.2006 г. – 219 046;
- на 01.01.2007 г. – 538 283;
- на 01.01.2008 г. – 468 192;
- на 01.01.2009 г. – 398 688;
- на 01.05.2009 г. – 135 397.

В связи с актуальностью проблемы и высокой активностью неработающих граждан по выбору СМО возникает ряд закономерных вопросов: каковы мотивация и побудительные причины выбора СМО застрахованным гражданином, действительно ли созданная система мер позволяет разрешить все проблемы, обозначенные нами при ее создании, и достигает ли система тех целей, для которых она создавалась.

Для анализа ситуации Пермским краевым фондом ОМС в 2007 году было проведено анкетирование застрахованных по ОМС неработающих граждан. Анкетирование проводилось в краевом центре, муниципальных районах (городских округах) Пермско-

Обсуждение ведения больного в торакальном отделении ГКБ города Перми

го края среди двух групп населения – неработающих пенсионеров и родителей несовершеннолетних детей. Всего в ходе анкетирования обработано 323 анкеты, из них пригодными для обработки признано 95,8 % анкет.

Респондентам было предложено ответить на основной вопрос: «Воспользовались ли Вы своим правом выбора (замены) СМО по обязательному медицинскому страхованию?».

Для родителей несовершеннолетних детей вопрос был сформулирован следующим образом: «Воспользовались ли Вы своим правом выбора (замены) СМО по обязательному медицинскому страхованию для своего ребенка?»

В зависимости от ответа «ДА» «НЕТ», респонденты ответили на группу вопросов, позволяющих определить основания, по которым гражданин не воспользовался своим правом выбора, или определить причину и, в определенной мере, объективность выбора СМО.

В группе неработающих пенсионеров ответы распределились следующим образом: правом выбора СМО воспользовалось 36,5 % опрошенных, соответственно 63,6 % ответили отрицательно.

Среди родителей несовершеннолетних детей правом выбора СМО для ребенка воспользовались 28 % респондентов, «НЕТ» ответили 72 % родителей.

В среднем по обеим группам ответ «ДА» составил 32,25%, ответ «НЕТ» 67,75%, что коррелирует с данными о численности граждан, воспользовавшихся правом выбора СМО на первом этапе его реализации. За период с даты введения в действие в регионе системы выбора СМО по 31.12.2006 г. правом выбора воспользовались 565 950 человек или 30,7% неработающих жителей.

В группе респондентов – неработающих пенсионеров ответы на вопрос о причине выбора новой (замены) СМО распределились следующим образом:

- 21,7 % опрошенных ответили, что к ним «пришел страховой агент СМО», что и послужило причиной выбора соответствующей СМО;
- 18,8 % отметили ответ «Все пошли менять СМО и я пошел (пошла)»;
- 16 % ответили, что выбрали (заменили СМО) по совету друзей, родственников, знакомых;
- 5,8 % - выбрали (заменили) СМО по совету лечащего врача.

Таким образом, «пассивно», то есть фактически под воздействием воли извне, по совету или под воздействием убеждения третьих лиц (страховых агентов) выбрали (заменили) СМО 62,3 % опрошенных неработающих пенсионеров.

По собственной инициативе, без прямых целевых установок извне, правом выбора (замены) СМО воспользовалось 34,9 % респондентов. Ответы этой подгруппы распределись следующим образом:

- 14,5 % респондентов отметили причину выбора (замены) СМО, «потому что СМО, в которой я был (была) застрахован (-а) по ОМС, никак не влияла на оказание мне медицинской помощи»;
- 11,6 % опрошенных указали: «потому что СМО, в которой я был (была) застрахован (-а) по ОМС, недостаточно защищала мои права на получение бесплатной медицинской помощи»;
- 2,9 % граждан выбор (замену) СМО обосновали тем,

что «СМО, в которой я был (была) застрахован (-а) по ОМС, не прореагировала на мою жалобу на качество оказанной мне медицинской помощи».

Распределение ответов указанной выше группы застрахованных представлено на *рисунке 1*.

Несколько иначе распределились ответы родителей о причинах выбора (замены) СМО для своего ребенка (*Рисунок 2*).

Под внешним воздействием («по примеру других»), по совету или под воздействием убеждения третьих лиц (медицинский работник, страховой агент) выбрали (заменили) СМО для своего несовершеннолетнего ребенка 67% опрошенных родителей.

Однако, в отличие от неработающих пенсионеров, на первом месте среди побудительных причин для выбора (замены) СМО для родителей стало мнение медицинского работника. 33,3 % родителей приняли решение выбрать (заменить) СМО своему ребенку именно по совету участкового педиатра (иного медицинского работника).

15,5 % опрошенных выбрали вариант ответа «Все пошли менять СМО и я пошел (пошла)»; 9,1 % респондентов выбрали (заменили) СМО ребенку по совету друзей, соседей, родственников; 9,1 % опрошенных выбрали (заменили) СМО потому, что к ним «пришел страховой агент СМО».

По собственной инициативе, без прямых целевых установок извне, правом выбора (замены) СМО воспользовалось 30,1 % респондентов. Ответы этой подгруппы родителей распределись следующим образом в % к общему числу родителей, заполнивших анкеты:

- 15,5 % респондентов отметили причину выбора (замены) СМО, «потому что СМО, в которой был застрахован ребенок по ОМС, никак не влияла на оказание ему медицинской помощи»;
- 6,1 % опрошенных причиной замены (выбора СМО) указали: «потому что СМО, в

Распределение причин выбора (замены) СМО неработающими пенсионерами

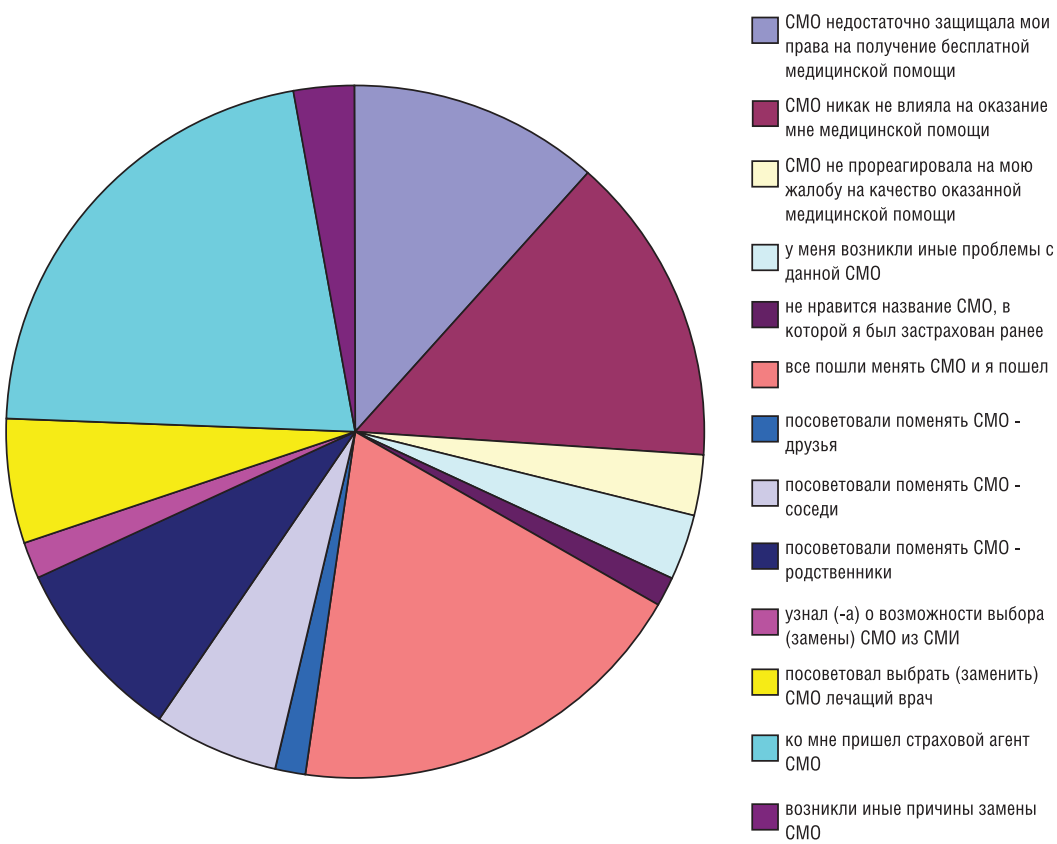


Рисунок 1

которой был застрахован ребенок по ОМС, недостаточно защищала его права на получение бесплатной медицинской помощи»;

- 3,0 % родителей выбор (замену) СМО ребенку обосновали тем, что «СМО, в которой был застрахован ребенок по ОМС, не прореагировала на мою жалобу на качество оказанной ему медицинской помощи»;
- 6,1 % указали, что узнали о возможности (выбрать) поменять СМО из средств массой информации и решили выбрать (заменить) СМО.

Превалирующей мотивацией для выбора (замены) СМО в условиях возможности реализации такого права, как для неработающих пенсионеров, так и для родителей, выбравших (заменивших) СМО своему ребенку, стало внешнее воздействие (пример других, советы третьих лиц, непосредственная «продажа» страховой услуги страховым агентом СМО), что совокупно отметили 62, 3 % и 67 % респондентов соответственно.

Наиболее существенным фактором, повлиявшим на выбор СМО, особенно для родителей, стало мнение участкового педиатра (иного медицинского работника) (33,3 %).

Только чуть больше трети опрошенных сделали свой выбор (замену СМО) на основании собственных целевых установок.

В совокупности респондентов, не воспользовавшихся правом выбора (замены) СМО, как в подгруппе неработающих пенсионеров, так и в подгруппе родителей на первом месте выделяется ответ «Не выбрала (не поменял (-а) СМО, потому что мне все равно, все СМО одинаковые» - 29,2% и 28,2% соответственно.

На втором месте по частоте в обеих подгруппах респондентов, не воспользовавшихся правом выбора СМО, располагается ответ «Я не представляю, чем отличаются СМО, по каким критериям их выбирать». Так ответили 20% нера-

Распределение причин замены (выбора) родителями СМО по ОМС для своего ребёнка

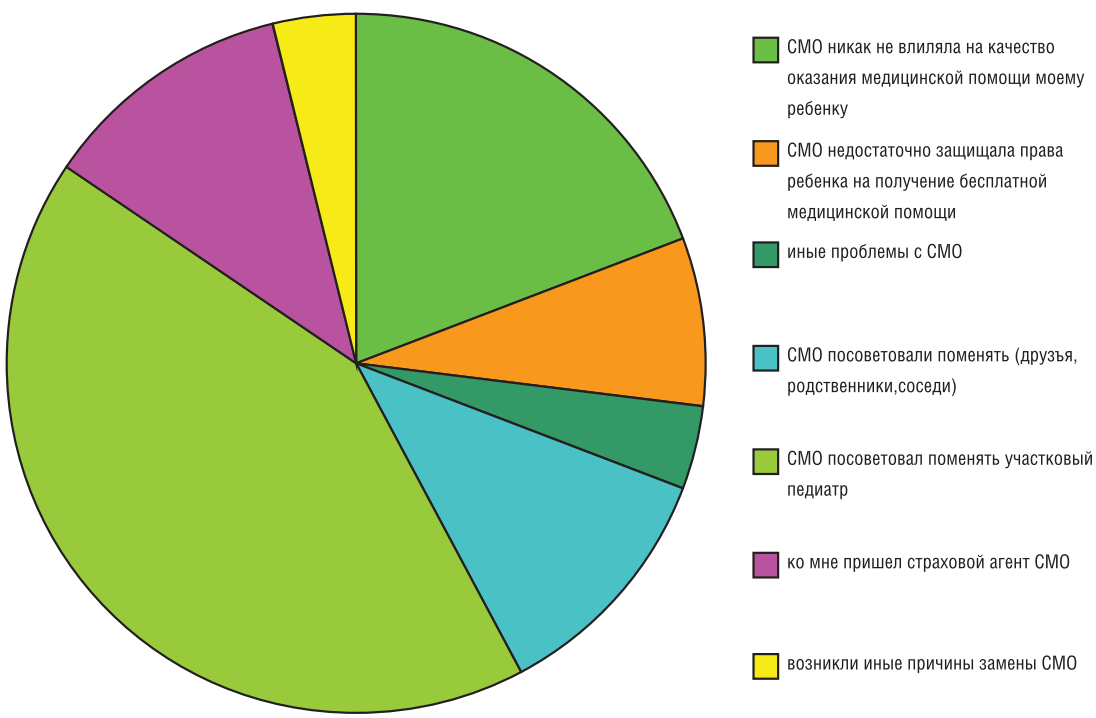


Рисунок 2

ботающих пенсионеров и 18,8% родителей.

14,2% неработающих пенсионеров и 17,6 % родителей ответили, что никогда не задумывались над этим вопросом, по 10% опрошенных неработающих пенсионеров отметили, что они не знали, что такое право (право выбора СМО) у них есть, или не знали, что есть другие СМО, кроме той, в которой данный гражданин застрахован. В анкетах родителей аналогичные ответы составили по 10,6%.

Только 10 % опрошенных неработающих пенсионеров и 10,6 % родителей отметили в анкетах, что их устраивает та СМО, где в настоящее время застрахован данный гражданин (ребенок – в ответах родителей).

Таким образом, в совокупности 24,6 % родителей и 29 % неработающих пенсионеров не удовлетворены работой СМО, что в 2 раза больше, чем количество граждан, которых устраивает та СМО, где гражданин (ребенок – в ответах родителей) застрахован в настоящее время.

Симптоматично, что почти 50% опрошенных неработающих пенсионеров и 47% родителей ответили, что не воспользовались правом выбора СМО, поскольку все СМО «одинаковые» и отсутствуют критерии выбора СМО. Можно предположить, что пассивное отношение к выбору СМО у определенной группы неработающих граждан (родителей – при выборе СМО для несовершеннолетнего ребенка) обусловлено также недостаточной информированностью граждан о своих правах в системе ОМС, равно как и недостаточно активной информационно-разъяснительной работой самих СМО. В совокупности данная группа среди граждан, не воспользовавшихся правом выбора СМО на период проведения анкетирования, составила 34,2 % среди опрошенных неработающих пенсионеров и 38,2% среди респондентов – родителей несовершеннолетних детей.

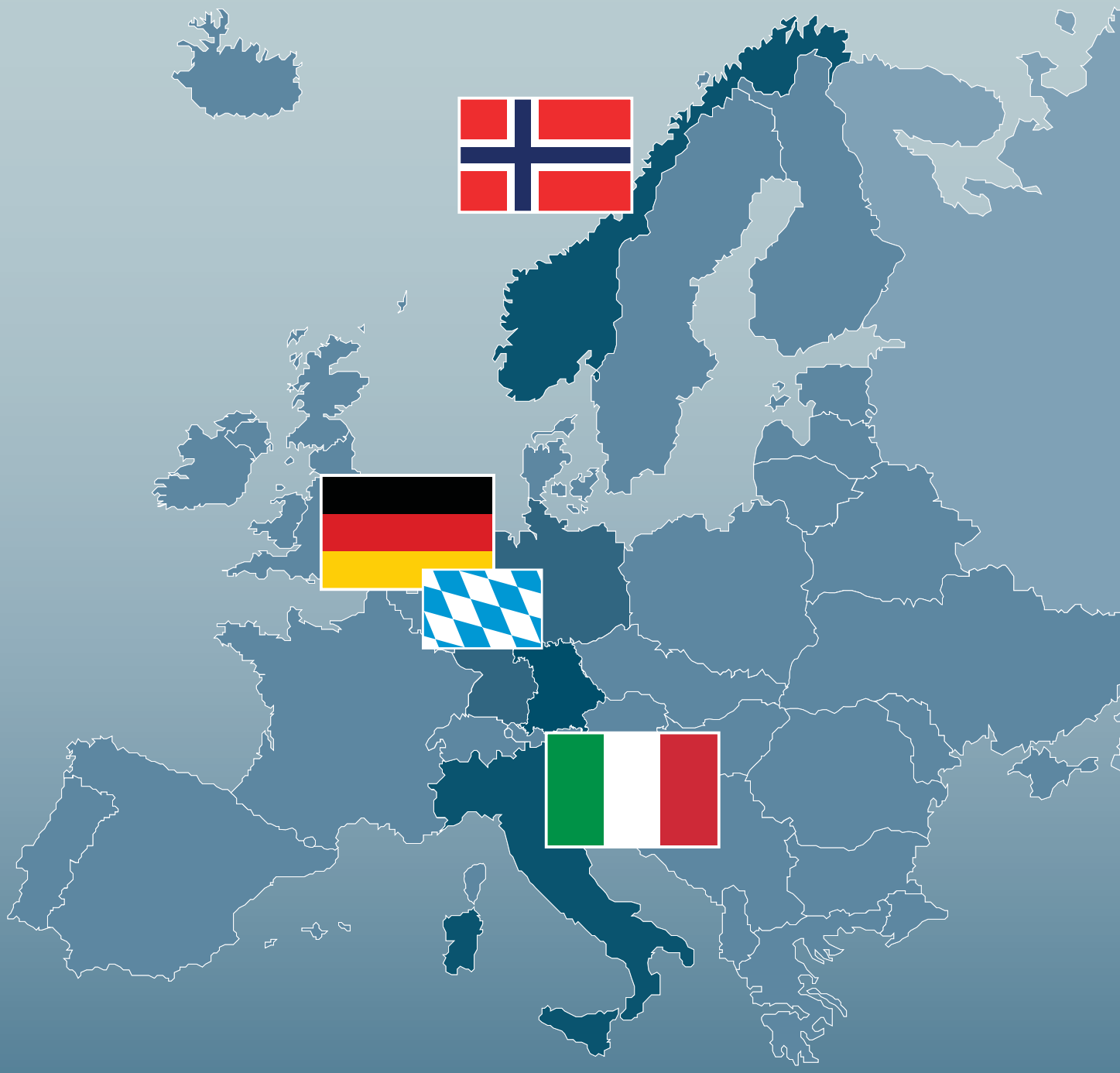
На основании результатов анкетирования представляется возможным заключить, что сама по себе реализация права выбора СМО не решает в полной мере всех поставленных задач. Практика наглядно продемонстрировала необходимость создания инструментов для застрахованных граждан, позволяющих осознанно выбирать СМО, а также необходимость повышения информированности населения о деятельности СМО в системе обязательного медицинского страхования.

С учетом результатов анкетирования и в целях дальнейшего формирования для СМО конкурентной среды в системе ОМС на территории Пермского края Пермским краевым фондом ОМС с января 2008 года был введен пилотный мониторинг деятельности СМО в системе ОМС на территории Пермского края. На основании мониторинга по инициативе Пермского краевого фонда ОМС, при поддержке Министерства здравоохранения Пермского края и Союза медицинских страховых организаций Прикамья в марте 2008 года был разработан и утвержден «Порядок формирования и размещения критериев для оценки деятельности СМО для использования страхователями и застрахованными на территории Пермского края». Приложением к Порядку являются «Критерии для оценки деятельности СМО для использования страхователями и застрахованными на территории Пермского края». В соответствии с «Порядком» критерии формируются и ежемесячно размещаются на сайте Пермского краевого фонда ОМС, а также публикуются в региональных средствах массовой информации.

Таким образом, в условиях реализации на региональном уровне возможности выбора неработающими гражданами страховой медицинской организации по обязательному медицинскому страхованию в совокупности с созданным инструментом осознанного выбора СМО – критериями для оценки деятельности СМО, предназначенными для использования страхователями и застрахованными, на территории Пермского края сформирована конкурентная среда, создана объективная мотивация СМО к более активной, персонализированной работе с застрахованными гражданами.

Г.Л. Юркин, А.О. Корягин
Федеральный фонд ОМС

Изучение зарубежного опыта работы системы обязательного медицинского страхования



Г.Л. Юркин

Начальник Управления правовой и международной деятельности ФОМС

В настоящее время в России осуществляется модернизация системы обязательного медицинского страхования. Реализуя политику, направленную на качество и доступность здравоохранения, предстоит создать стимулы и условия для переоснащения учреждений здравоохранения, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь, и освоения ими новых медицинских технологий, а так же оптимизировать территориальное расположение учреждений, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, с целью повышения ее территориальной доступности. В связи с этим будут приняты меры по информатизации здравоохранения, внедрению электронного документооборота в медицинских организациях, развитию телемедицины, созданию библиотечных электронных ресурсов.

В целях совершенствования правового регулирования обязательного медицинского страхования, соблюдения страховых принципов разработан Федеральный закон «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации и фонды обязательного медицинского страхования», предусматривающий с 1 января 2010 года введение страхового взноса с одновременной отменой единого социального налога.

В прошлом году в рамках участия в международном сотрудничестве по вопросам обязательного медицинского страхования представители ФОМС в соответствии с приоритетными задачами развития системы обязательного медицинского страхования посетили ряд европейских стран, таких как, Израиль, Норвегия, Италия и Германия. А в 2009 году были проведены рабочие семинары в Италии и планируются в Норвегии и Швейцарии.

Данные страны относятся к числу, предоставляющих лучшие медицинские услуги гражданам. Причиной тому являются не только объемы

Национальная больница Университета Осло

затрат на здравоохранение (в Швейцарии составляют около 11% от ВВП). Для них характерны применение научно-обосновнных, клинически апробированных методов лечения, оптимальные решения, высокая техническая оснащенность, самые современные медикаменты, высокая квалификация персонала.

Несмотря на эффективность функционирования, системы здравоохранения этих стран подвергаются реформированию с целью необходимости улучшения их организации и сокращения расходов. Основными направлениями были выбраны: расширение применения телемедицины и интернета, введение электронной карточки пациента и электронной формы рецепта.

Экономисты прогнозируют, что введение нового типа электронной карточки пациента, а также последующее введение электронной формы рецептов, приведет к ежегодной экономии в размере около 1 миллиарда евро.

Оснащение Национальной больницы Университета Осло

В Германии разработан проект по внедрению электронных карт пациента, содержащих данные пациента, анамнез, данные лабораторных исследований.

Целями разработки проекта является внесение вклада в эффективность здравоохранения, облегчение доступа к данным и возможности их обработки, использование информационной системы для диагностики и лечения пациентов. Особое значение приобретает непрерывность лечебного процесса, внедрение электронной поддержки, что принесет реальное улучшение в лечении пациентов.

По подобному пути пошли и израильские органы медицинского обслуживания. Так больничная касса «Клалит» (аналог страховой медицинской организации), самая крупная из четырех существующих и оказывающая до 58% от общего объема первичной медицинской помощи, учредила службу «медицинских сестер». Служба работает круглосуточно, на бесплатной основе консультирует больных, дает квалифицированные советы по проведению лечения в случаях, не требующих посещения врача.

Также существует компьютеризированная система предварительной записи к узким специалистам и на проведение обследований. По Интернету можно узнать и результаты сданных анализов. Для своей идентификации клиенты больничной кассы имеют секретный код.

Указанные меры позволили в условиях высокой конкуренции между больничными кассами эффективно расходовать денежные средства и привлечь новых клиентов.

Национальный центр телемедицины, Осло

Проекты по телемедицине распространены по всему миру, в Европе лидирующие позиции занимают Германия, Норвегия, Франция и Швеция. Первой страной, поставившей телемедицину на практические рельсы, стала Норвегия

Да и в настоящее время телемедицина является одним из приоритетных направлений развития системы здравоохранения в Норвегии. Основная цель ее создания – получение дистанционной медицинской консультации (постановка точного диагноза, назначение правильного ле-

Презентация госпиталя Di Vimercate, Милан

Скорая медицинская помощь на водном транспорте, Венеция

чения) необходимой, прежде всего потому, что Норвегия является страной с обширными и малозаселенными территориями, где оказание медицинской помощи превращается в проблему. В настоящее время правительством Норвегии разрабатываются законодательные нормы использования телемедицины. При этом Норвегия стала первой страной в мире официально включившей тарифы на телемедицину в бюджет здравоохранения.

Опыт телемедицины в Норвегии может быть использован в России с учетом большой протяженности ее территории, значительной отдаленности населенных пунктов от медицинских учреждений.

В Италии развитию телемедицины уделяется большое внимание и на государственном уровне разрабатывается программа по созданию единого информационного медицинского пространства. Суть проекта заключается в следующем: жителям определенного региона выдаются специальные карты с микрочипами,

Оснащение катера скорой медицинской помощи на водном транспорте, Венеция

Оснащение New Mestre Hospital, Венеция

в которые заложена информация о пациенте, в том числе данные о группе крови, росте, весе, перенесенных заболеваниях. Если человек попадает в медицинское учреждение даже в бессознательном состоянии, врач имеет возможность оперативно ознакомиться с историей болезни и оказать необходимую помощь.

До недавнего времени в Российской Федерации телемедициной занимались в большинстве своем частные медицинские клиники и научные институты. В настоящий момент в нашей стране ведется работа по продвижению информационных технологий и, в частности, телемедицины в систему здравоохранения. Телемедицинскими пунктами связаны около 30 регионов страны. Планируется, что наряду со стационарными центрами в телемедицинскую сеть войдут и мобильные телемедицинские комплексы, созданные на базе реанимобилей, и передвижные диагностические центры на базе спецпоездов.

Полученные в процессе обучения знания специалисты системы обязательного медицинского страхования используют при разработке нормативных правовых актов, концепции модернизации системы обязательного медицинского страхования, при разработке методических и других документов. В частности, в целях актуализации нормативной правовой базы и повышения эффективности системы обязательного медицинского страхования подготовлен проект Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации», в работе над которым принимали участие специалисты Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Разработка нормативных правовых актов о государственной информационной системе персонифицированного учета, о единой информационной базе позволит, используя информационные технологии, эффективно и рационально расходовать средства обязательного медицинского страхования и улучшить качество и доступность медицинской помощи (услуг).

Министерство по труду, социальным вопросам, вопросам семьи и женщин

В Федеративной Республике Германия функционирует одна из самых старых систем социального страхования в мире. Ее определяют как социально-страховую или систему регулируемого страхования здоровья. Данная модель опирается на принципы смешанной экономики, сочетая в себе рынок медицинских услуг с системой государственного регулирования и социальных гарантий, доступности медицинской помощи для всех слоев населения. Роль рынка медицинских услуг сводится к удовлетворению потребности населения сверх гарантированного уровня, обеспечивая свободу выбора и суверенитет потребностей.

Система здравоохранения Федеративной Республики Германия построена на принципах солидарности, равного доступа и самоуправления. Принципы реализуются на федеральном уровне посредством Книги социальных законов (где определены требования об обязательном обеспечении качества медицинских услуг, о соответствии медицинских услуг научному и техническому уровню), государство создает инфраструктуру нормативных правовых актов и услуг, в рамках которых действуют местные представители (лечебные фонды, ассоциации врачей и ассоциации лечебно-профилактических учреждений). Правительство не принимает непосредственного участия в организации медицинской помощи, но контролирует соответствие действий лечебных фондов и других организаций действующему законодательству.

Система здравоохранения строится на принципах:

- солидарности – застрахованные платят взносы независимо от индивидуальных рисков (богатые за бедных, здоровые за больных);
- самоуправления – ассоциации врачей, больничные кассы, больницы в рамках федеральных законов;
- многообразия – право выбора пациентом больничной кассы.

Начиная с 2007 года, в Германии происходит крупномасштабное реформирование системы здравоохранения и обязательного медицинского страхования.

Современная эффективная медицина становится все более дорогой. Германия имеет один из наиболее высоких уровней расходов на здравоохранение в мире. Финансо-

Академическая клиника Университета Людвига Максимилиана

вый оборот в системе здравоохранения составляет около 260 млрд. евро в год (10% от ВВП). Более того, в последние несколько лет наблюдается стабильная тенденция к увеличению доли ВВП в расходах на здравоохранение. Причинами возрастающей стоимости здравоохранения большинство аналитиков считают несколько основных факторов. Во-первых, это старение популяции, что приводит к повышенным экономическим нагрузкам на трудоспособное население, увеличению количества хронических патологий, требующих длительного, а значит и дорогостоящего лечения, и повышению частоты одновременного поражения нескольких органов и систем. Цель реформы – сокращение государственных расходов за счет повышения конкуренции в сфере страховых услуг.

С 2009 года для всех без исключения граждан Германии будет введена страховая обязанность. До введения в действие реформы без медицинской страховки проживало от 200 до 300 тысяч человек. Граждане, ранее застрахованные в государственной медицинской кассе, получают возможность застраховаться там же на прежних условиях. Бывшие обладатели частной страховки могут, соответственно, вернуться к своему частному страховщику.

Министерством здравоохранения создан Фонд здоровья, в котором будут аккумулироваться все средства, связанные с медицинскими расходами. Фонд финансируется за счет страховых взносов и налоговых отчислений. Из средств фонда страховые кампании получают на каждого застрахованного фиксированную сумму. На случай, если средств из фонда будет не достаточно чтобы оплатить медицинские услуги для того или иного клиента, кассы медицинского страхования имеют право потребовать с этих страховщиков дополнительный взнос. На каждого хронически больного и инвалида будет выплачиваться надбавка.

На Фонд здоровья возложена функция выравнивания финансовых условий. Страховые кассы, в которых застраховано много малоимущих и хронических больных, будут получать дополнительное финансирование. Но из касс одной земли может быть перераспределено не более 100 млн. евро в год.

С 1 января текущего года введена единая ставка взносов на медицинское страхование, которая составит 15,5% (из них платит 50% наемный работник и 50% работодатель), дополнительно наемный работник должен перечислять на стоматологию. Доходная часть состоит из отчислений наемных работников, работодателей, добровольных отчислений (чиновники), пенсионного фонда, отчисления пенсионеров и отчисления из бюджета. Финансовые средства поступают на счет фонда обязательного медицинского страхования, который, в свою очередь, распределяет и направляет средства в больничные кассы, где могут дополнительно взимать с застрахованных не более 1% от начисленной заработной платы.

Государственное обязательное медицинское страхование охватывает приблизительно 89% населения, в то время как частную страховку имеют около 9% граждан. Оставшиеся 2% – это представители профессий, подлежащих особому виду страхования.

Система обязательного медицинского страхования осуществляет свою деятельность через некоммерческие страховые организации - больничные кассы. Это независимые самоуправляемые организации, структура которых определена законодательно. Существует несколько видов касс: местные (преимущественно для неработающих, членов семей застрахованных), расположенные по месту жительства; производственные (по месту работы); морские, горняцкие, сельскохозяйственные и эрзац-кассы (главным образом для служащих). Контроль и управление за их деятельностью осуществляет правительственное агентство. Застрахованные могут себе выбирать не только больничную кассу, но и тарифный план внутри нее при оказании дополнительных медицинских услуг.

Как мы видим, системы здравоохранения в целом и обязательного медицинского страхования в частности в России и Германии достаточно похожи. Однако последняя организована более дифференцированно, и потребитель медицинских услуг может выбрать для себя оптимальный вариант в соответствии с качеством оказываемых услуг и размером страхового взноса. при оказании дополнительных медицинских услуг.

Законодатель возложил на застрахованного больше ответственности за собственное здоровье. Введено обязательное проведение профилактических осмотров с целью предотвращения хронических заболеваний, диабета и некоторых других. Если выясняется, что пациент, заболевший хроническим недугом, не проходил регулярной профилактики, то максимальный размер дополнительного страхового взноса для него повышается до 2%.

Больницы получают право предлагать ограниченный спектр услуг амбулаторно. В первую очередь это коснется хронических больных. Таким образом, ожидается сокращение числа стационарных больных.

Данные меры призваны не только способствовать укреплению состояния здоровья граждан, но и призваны стимулировать рациональное расходование средств медицинского страхования, благодаря которым, по расчетам правительства, в последующие несколько лет расходы на здравоохранение будут снижаться в среднем на 1,5 млрд. евро ежегодно.

Федеративное территориальное устройство, достаточно обширная территория, принципы построения системы здравоохранения, – всеми этими элементами Германия сходна с Российской Федерацией.

Система здравоохранения Федеративной Республики Германия считается одной из лучших в мире, изучение опыта ее работы является важным и полезным при проведении модернизации системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации.

НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ И ДОКУМЕНТЫ

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ
от 29 декабря 2007 г. №945
МОСКВА

О ПОРЯДКЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ В 2009 - 2011 ГОДАХ СУБСИДИЙ ИЗ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ БЮДЖЕТАМ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ПРОВЕДЕНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРЕБЫВАЮЩИХ В СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

(в ред. Постановлений Правительства РФ от 01.10.2008 №735
от 10.03.2009 №224)

В соответствии со статьей 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:

(в ред. Постановления Правительства РФ от 10.03.2009 №224)

1. Утвердить прилагаемые:

Правила предоставления в 2009 - 2011 годах субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

(в ред. Постановлений Правительства РФ от 01.10.2008 №735, от 10.03.2009 №224)

типовую форму договора о финансировании территориальным фондом обязательного медицинского страхования расходов на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

(в ред. Постановления Правительства РФ от 01.10.2008 №735)

2. Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации:

а) по согласованию с Министерством образования и науки Российской Федерации утвердить порядок проведения в 2009 - 2011 годах диспансеризации пребывающих в

стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также перечень стационарных учреждений, в которых воспитываются дети-сироты и дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации;

(в ред. Постановлений Правительства РФ от 01.10.2008 №735, от 10.03.2009 №224)

б) по согласованию с Министерством образования и науки Российской Федерации, Министерством финансов Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования определить норматив затрат на проведение диспансеризации одного ребенка;

в) с участием Федерального фонда обязательного медицинского страхования и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации организовать заключение договоров в соответствии с типовой формой, утвержденной настоящим Постановлением;

г) давать необходимые разъяснения по порядку и проведению диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

(в ред. Постановления Правительства РФ от 01.10.2008 №735)

3. Органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации рекомендовать принять меры по уточнению численности пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также утвердить план-график проведения диспансеризации в субъекте Российской Федерации в 2009 - 2011 годах по форме, утвержденной Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

(в ред. Постановлений Правительства РФ от 01.10.2008 №735, от 10.03.2009 №224)

Председатель Правительства
Российской Федерации
В.ЗУБКОВ

Утверждены
Постановлением Правительства
Российской Федерации
от 29 декабря 2007 г. №945

ПРАВИЛА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ В 2009 - 2011 ГОДАХ СУБСИДИЙ ИЗ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ БЮДЖЕТАМ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ПРОВЕДЕНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРЕБЫВАЮЩИХ В СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

(в ред. Постановлений Правительства РФ от 01.10.2008 №735,
от 10.03.2009 №224)

1. Настоящие Правила определяют порядок предоставления в 2009 - 2011 годах субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - Фонд) бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования (далее - территориальные фонды) на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (далее - диспансеризация детей).

(в ред. Постановлений Правительства РФ от 01.10.2008 №735, от 10.03.2009 №224)

2. Предоставление субсидий бюджетам территориальных фондов на проведение диспансеризации детей (далее - субсидии) осуществляется в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных Федеральным законом «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2009 год и на плановый период 2010 и 2011 годов» на проведение диспансеризации детей.

(в ред. Постановления Правительства РФ от 10.03.2009 №224)

3. Субсидии предоставляются бюджету территориального фонда на основании заявок территориального фонда ежемесячно исходя из численности пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, подлежащих диспансеризации согласно плану-графику проведения диспансеризации в субъекте Российской Федерации на текущий финансовый год, и норматива затрат на проведение диспансеризации одного ребенка при соблюдении следующих условий:

(в ред. Постановления Правительства РФ от 01.10.2008 №735)

а) территориальный фонд заключает с государственными (муниципальными) учреждениями здравоохранения (далее - учреждения здравоохранения), имеющими лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по специальностям «педиатрия», «неврология», «офтальмология», «детская хирургия», «психиатрия», «оториноларингология», «акушерство и гинекология», «стоматология детская», «травматология и ортопедия», «детская урология - андрология», «детская эндокринология», «лабораторная диагностика», «функциональная диагностика», «ультразвуковая диагностика», договоры в соответствии с типовой формой,

утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2007 г. №945;

(в ред. Постановления Правительства РФ от 01.10.2008 №735)

б) открывается в установленном порядке отдельный счет территориального фонда в подразделении расчетной сети Центрального банка Российской Федерации для перечисления субсидий;

в) территориальный фонд ежемесячно, до 20-го числа, представляет заявки на предоставление субсидии в порядке и по форме, которые устанавливаются Фондом;

г) территориальный фонд представляет план-график проведения диспансеризации детей на текущий финансовый год, утвержденный субъектом Российской Федерации;

д) территориальный фонд ежемесячно, до 20-го числа месяца, следующего за отчетным, представляет отчетность об использовании субсидий в порядке и по формам, которые устанавливаются Фондом.

4. Фонд ежемесячно, до 25-го числа, перечисляет субсидии с отдельного счета, открытого в установленном порядке в подразделении расчетной сети Центрального банка Российской Федерации на балансовом счете по учету средств Фонда, территориальным фондам на отдельные счета, открытые для финансирования расходов по проведению диспансеризации детей в подразделениях расчетной сети Центрального банка Российской Федерации на балансовом счете по учету средств территориальных фондов.

5. Территориальный фонд перечисляет средства, поступившие в виде субсидий, учреждению здравоохранения на следующих условиях:

а) учреждение здравоохранения заключает с территориальным фондом договор в соответствии с типовой формой, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2007 г. №945;

б) учреждение здравоохранения использует перечисленные территориальным фондом средства на проведение диспансеризации детей;

в) в установленном порядке открывается отдельный счет учреждения здравоохранения для перечисления средств на финансирование расходов на проведение диспансеризации детей.

В случае невозможности открытия учреждением здравоохранения в установленном порядке отдельного счета учет указанных средств осуществляется раздельно на открытом учреждением здравоохранения счете по учету средств обязательного медицинского страхования;

г) учреждение здравоохранения ведет реестры счетов по законченным случаям на оплату расходов по проведенной диспансеризации детей в порядке, который устанавливается Фондом;

д) учреждение здравоохранения ежемесячно, до 10-го числа месяца, следующего за отчетным, представляет в порядке и по форме, которые устанавливаются Фондом, указанные реестры счетов за отчетный период на оплату расходов по проведенной диспансеризации детей;

е) учреждение здравоохранения осуществляет учет пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, прошедших диспансеризацию, в порядке, устанавливаемом Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

(пп. «е» в ред. Постановления Правительства РФ от 01.10.2008 №735)

6. Территориальные фонды проводят медико-экономическую экспертизу представленных учреждениями здравоохранения счетов на оплату расходов по

проведенной диспансеризации детей и производят их оплату в установленном порядке ежемесячно, не позднее 25-го числа месяца, следующего за отчетным.

7. Средства, полученные учреждениями здравоохранения на проведение диспансеризации детей, направляются на оплату труда медицинских работников этих учреждений, участвующих в проведении диспансеризации детей (за исключением врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей), медицинских сестер участковых врачей-педиатров участковых, медицинских сестер врачей общей (семейной) практики), на приобретение расходных материалов, необходимых для проведения диспансеризации детей, и на оплату труда медицинских работников, привлекаемых для проведения диспансеризации детей в соответствии с договорами, заключаемыми учреждениями здравоохранения с имеющими лицензию на требуемые виды работ (услуг) учреждениями здравоохранения, медицинские работники которых привлекаются для проведения указанной диспансеризации.

(п. 7 в ред. Постановления Правительства РФ от 01.10.2008 №735)

8. Субсидии, не израсходованные в отчетном месяце, засчитываются территориальным фондам при последующем финансировании и считаются авансовым платежом на проведение диспансеризации детей в следующем отчетном месяце в пределах соответственно 2009, 2010 и 2011 года.

(в ред. Постановления Правительства РФ от 10.03.2009 №224)

Недостаток средств, необходимых согласно реестру счетов на оплату расходов по проведенной диспансеризации детей в предыдущем месяце, возмещается территориальным фондам в текущем месяце в пределах сумм субсидий, засчитанных в предыдущих месяцах в виде авансовых платежей.

Возмещение Фондом расходов по проведенной в предыдущем году диспансеризации детей осуществляется в первом квартале текущего года на основании представленных территориальным фондом сведений по завершению расчетов согласно реестрам счетов по проведенной диспансеризации детей в порядке и по формам, установленным Фондом.

(абзац введен Постановлением Правительства РФ от 10.03.2009 №224)

9. Учреждения здравоохранения ведут отдельный учет средств, израсходованных на проведение диспансеризации детей, и представляют территориальным фондам отчетность в порядке и по форме, которые устанавливаются Фондом.

10. Контроль за целевым использованием средств, направляемых на проведение диспансеризации детей, осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Утверждена
Постановлением Правительства
Российской Федерации
от 29 декабря 2007 г. №945

ТИПОВАЯ ФОРМА ДОГОВОРА О ФИНАНСИРОВАНИИ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫМ ФОНДОМ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ РАСХОДОВ НА ПРОВЕДЕНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРЕБЫВАЮЩИХ В СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

(в ред. Постановления Правительства РФ от 01.10.2008 №735)

_____ «__» _____ 200_ г.
(место заключения Договора) (дата заключения Договора)

_____,
(полное наименование территориального фонда обязательного медицинского страхования)

именуемый в дальнейшем Фондом, в лице

_____,
(Ф.И.О. должностного лица, его должность)

действующего на основании Положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования, с одной стороны,
и _____,
(полное наименование государственного (муниципального) учреждения здравоохранения субъекта Российской Федерации)

именуемое в дальнейшем Учреждением, в лице

_____,
(Ф.И.О. должностного лица, его должность)

действующего на основании _____,
с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем.

I. Предмет Договора

Предметом настоящего Договора является финансовое обеспечение Фондом осуществляемых Учреждением расходов по проведению диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в порядке и на условиях, которые определены Правилами, утвержденными Постановлением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2007 г. №945.

II. Обязанности сторон и порядок расчетов

1. Фонд:

а) осуществляет в течение 5 дней медико-экономическую экспертизу представленных Учреждением счетов на оплату расходов по проведенной диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

б) ежемесячно, не позднее 25-го числа месяца, следующего за отчетным, оплачивает осуществляемые Учреждением расходы по проведению диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, по представленным реестрам счетов.

2. Учреждение:

а) обеспечивает в соответствии с планом-графиком проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в период действия настоящего Договора;

б) обеспечивает в порядке, определяемом Минздравсоцразвития России, учет прошедших диспансеризацию пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а в случае возникновения обстоятельств, препятствующих проведению диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в 3-дневный срок в письменной форме информирует об этом Фонд;

в) ведет реестры счетов на оплату расходов по проведенной диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

г) представляет Фонду не позднее 10-го числа месяца, следующего за отчетным, реестры счетов на оплату расходов по проведенной диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

д) открывает в установленном порядке отдельный счет для перечисления средств на финансирование расходов по проведению диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

е) представляет Фонду отчетность по установленной форме и создает условия, необходимые для ознакомления с документами, связанными с деятельностью Учреждения во исполнение настоящего Договора.

III. Уведомления и сообщения

1. Все уведомления и сообщения, связанные с исполнением настоящего Договора, должны направляться в письменной форме.

2. Стороны обязуются незамедлительно извещать друг друга обо всех изменениях своих юридических адресов и банковских реквизитов.

IV. Порядок прекращения и расторжения Договора

1. Настоящий Договор прекращает свое действие в следующих случаях:

а) истечение срока действия (приостановление, отзыв) лицензии на осуществление Учреждением медицинской деятельности;

б) истечение срока действия настоящего Договора;

в) ликвидация одной из сторон настоящего Договора.

2. Настоящий Договор может быть расторгнут любой из сторон в одностороннем порядке в случае систематического (более 3 месяцев) неисполнения одной стороной своих обязательств.

При досрочном расторжении настоящего Договора в одностороннем порядке сторона - инициатор расторжения извещает об этом другую сторону за 30 дней до даты расторжения в письменной форме с указанием причин.

V. Срок действия Договора

Настоящий Договор вступает в силу со дня его подписания
и действует по _____ 20__ г.

VI. Прочие условия

1. Стороны принимают все меры к разрешению спорных вопросов путем переговоров. Все не урегулированные между сторонами споры по выполнению положений настоящего Договора рассматриваются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

2. Настоящий Договор составлен в 2 экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу. Один экземпляр находится у Учреждения, второй - у Фонда.

VII. Местонахождение и реквизиты сторон

Фонд:	Учреждение:
_____ (банковские реквизиты)	_____ (банковские реквизиты)
М.П. _____ (юридический адрес)	М.П. _____ (юридический адрес)
«__» _____ 200_ г.	«__» _____ 200_ г.
От Фонда:	От Учреждения:
_____ (подпись должностного лица)	_____ (подпись должностного лица)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ
от 21 апреля 2008 г. №183н
МОСКВА

О ПРОВЕДЕНИИ В 2008 - 2010 ГОДАХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРЕБЫВАЮЩИХ В СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 01.11.2008 №618н)

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2007 г. №945 «О порядке предоставления в 2008 - 2010 годах субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2008, №1, ст. 11; №40, ст. 4552) приказываю:

(преамбула в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 01.11.2008 №618н)

1. Утвердить:

по согласованию с Министерством образования и науки Российской Федерации Порядок проведения в 2008 - 2010 годах диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, согласно приложению №1;

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 01.11.2008 №618н)

учетную форму №030-Д/с/08-10 «Карта диспансеризации в 2008 - 2010 годах пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» согласно приложению №2;

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 01.11.2008 №618н)

отчетную форму №030-Д/эс/08-10 «Диспансеризация в 2008 - 2010 годах пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» согласно приложению №3;

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 01.11.2008 №618н)

форму плана-графика проведения в субъекте Российской Федерации в 2008 - 2010 годах диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, согласно приложению №4;

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 01.11.2008 №618н)

по согласованию с Министерством образования и науки Российской Федерации Перечень стационарных учреждений, в которых воспитываются дети-сироты и дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации, согласно приложению №5.

(абзац введен Приказом Минздравсоцразвития РФ от 01.11.2008 №618н)

2. Рекомендовать руководителям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации:

определить государственные (муниципальные) учреждения здравоохранения, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по специальностям: «педиатрия», «неврология», «офтальмология», «детская хирургия», «психиатрия», «оториноларингология», «акушерство и гинекология», «стоматология детская», «травматология и ортопедия», «детская урология - андрология», «детская эндокринология», «лабораторная диагностика», «функциональная диагностика», «ультразвуковая диагностика», для проведения в 2008 - 2010 годах диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. В случае отсутствия у государственного (муниципального) учреждения здравоохранения, обеспечивающего проведение диспансеризации, лицензии на медицинскую деятельность по отдельным видам работ (услуг), необходимым для проведения диспансеризации в полном объеме, определить учреждения здравоохранения, имеющие лицензию на требуемые виды работ (услуг), для заключения между указанными учреждениями здравоохранения договора о привлечении соответствующих медицинских работников к проведению диспансеризации. В случае отсутствия на территории субъекта Российской Федерации учреждений здравоохранения, имеющих лицензии на осуществление работ и услуг по оказанию медицинской помощи по вышеперечисленным специальностям, вопрос может быть урегулирован путем заключения гражданско-правового договора с учреждением здравоохранения, расположенным на территории другого субъекта Российской Федерации, имеющим лицензию на осуществление соответствующего вида медицинской деятельности;

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 01.11.2008 №618н)

довести до сведения территориальных фондов обязательного медицинского страхования и руководителей государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения, обеспечивающих проведение диспансеризации:

- план-график проведения диспансеризации в субъекте Российской Федерации в 2008 - 2010 годах пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, утвержденный настоящим Приказом;

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 01.11.2008 №618н)

- списки детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, подлежащих диспансеризации в 2008 - 2010 годах, с указанием даты их рождения;

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 01.11.2008 №618н)

обеспечить осуществление в электронном виде мониторинга состояния здоровья и проведенных лечебно-оздоровительных и (или) корригирующих мероприятий пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 01.11.2008 №618н)

организовать передачу в Центр мониторинга диспансеризации детского населения

Российской Федерации, созданный на базе ФГУ «Московский научно-исследовательский институт педиатрии и детской хирургии», информации о проведенной в 2008 - 2010 годах диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в формате и сроки, устанавливаемые Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 01.11.2008 №618н)

обеспечить представление в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации ежегодно, в срок до 20 января, отчетов о проведении в 2008 - 2010 годах диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в соответствии с отчетной формой №030-Д/эс/08-10, утвержденной настоящим Приказом.

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 01.11.2008 №618н)

3. Департаменту информатизации (О.В. Симаков) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации:

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 01.11.2008 №618н)

разработать программное обеспечение для формирования и ведения баз данных мониторинга состояния здоровья и проведенных лечебно-оздоровительных и (или) корригирующих мероприятий пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 01.11.2008 №618н)

определить учреждение, ответственное за ведение федеральной базы диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 01.11.2008 №618н)

4. Департаменту развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения (В.И. Широкова) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации:

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 01.11.2008 №618н)

давать необходимые разъяснения по вопросам, связанным с организацией и проведением в 2008 - 2010 годах диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 01.11.2008 №618н)

проводить ежегодно, в срок до 1 апреля, анализ результатов проведенной в 2008 - 2010 годах диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 01.11.2008 №618н)

5. Контроль за исполнением настоящего Приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации В.С. Белова.

Министр
Т. ГОЛИКОВА

Приложение №1
к Приказу
Министерства здравоохранения
и социального развития
Российской Федерации
от 21 апреля 2008 г. №183н

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ В 2008 - 2010 ГОДАХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРЕБЫВАЮЩИХ В СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 01.11.2008 №618н)

1. Настоящий Порядок регулирует вопросы, связанные с проведением в 2008 - 2010 годах государственными (муниципальными) учреждениями здравоохранения (далее - учреждения здравоохранения) диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (далее - диспансеризация детей).

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 01.11.2008 №618н)

———————————————

<*> *Сноска исключена. - Приказ Минздравсоцразвития РФ от 01.11.2008 №618н.*

2. Диспансеризация детей направлена на раннее выявление и профилактику заболеваний, в том числе социально значимых.

3. Диспансеризация детей проводится врачами-специалистами с использованием установленных лабораторных и функциональных исследований <*> в следующем объеме:

———————————————

<*> *При проведении диспансеризации детей могут быть использованы результаты предыдущих медицинских осмотров и лабораторно-диагностических исследований, если давность их не превышает 3 месяцев с момента исследования.*

а) осмотр врачами-специалистами детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей:

в возрасте от 0 до 4-х лет включительно:
педиатром,
неврологом,
офтальмологом,
детским хирургом,
оториноларингологом,
акушером-гинекологом,
детским стоматологом,
ортопедом-травматологом,
психиатром (с 3-х лет);
в возрасте от 5 до 17 лет включительно:

педиатром,
неврологом,
офтальмологом,
детским хирургом,
оториноларингологом,
акушером-гинекологом,
детским урологом-андрологом,
детским стоматологом,
детским эндокринологом,
ортопедом-травматологом,
психиатром;

б) проведение лабораторных и функциональных исследований <*> детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей:

————————————————

<*> *При проведении диспансеризации детей учитываются проведенные лабораторно-диагностические, функциональные и другие исследования во время стационарного обследования.*

клинический анализ крови,
клинический анализ мочи,
электрокардиография,
ультразвуковое исследование (сердца, почек, печени и желчного пузыря, тазобедренных суставов для детей первого года жизни).

4. В случае отсутствия в учреждении здравоохранения:

врача, имеющего специальность «детская урология-андрология», диспансеризация детей может быть осуществлена врачом, имеющим специальность «детская хирургия» или «урология» и прошедшим повышение квалификации в объеме не менее 72 часов по вопросам «детская урология-андрология»;

врача, имеющего специальность «стоматология детская», диспансеризация детей может быть осуществлена врачом, имеющим специальность «стоматология» и прошедшим повышение квалификации в объеме не менее 72 часов по вопросу «стоматология детская»;

врача, имеющего специальность «детская эндокринология», диспансеризация детей может быть осуществлена врачом, имеющим специальность «эндокринология» и прошедшим повышение квалификации в объеме не менее 72 часов по вопросам «детская эндокринология».

При этом учреждение здравоохранения должно иметь лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по специальностям: «детская хирургия», «урология», «стоматология», «эндокринология».

5. Результаты диспансеризации детей вносятся врачами-специалистами, принимающими участие в диспансеризации детей, в медицинскую карту ребенка для дошкольных образовательных учреждений, общеобразовательных учреждений, образовательных учреждений начального профессионального и среднего профессионального образования, детских домов и школ-интернатов, медицинскую карту ребенка, воспитывающегося в доме ребенка, а также карту диспансеризации в 2008 - 2010 годах пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, форма которой предусмотрена приложением №2.

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 01.11.2008 №618н)

6. Врач-педиатр учреждения здравоохранения, проводившего диспансеризацию детей, с учетом заключений врачей-специалистов и результатов проведенных лабораторных и функциональных исследований выносит заключения о состоянии здоровья прошедших диспансеризацию детей, распределяет их по группам здоровья и дает рекомендации по дополнительному обследованию <*> для уточнения диагноза и (или) по дальнейшему лечению.

———————————————

<> Дополнительное обследование детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях с целью установления диагноза и (или) проведения соответствующего лечения не входит в объем диспансеризации детей.*

7. Учреждение здравоохранения, проводившее диспансеризацию детей, передает заполненные карты диспансеризации в 2008 - 2010 годах пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, с результатами лабораторных и функциональных исследований в стационарное учреждение, где пребывают дети-сироты и дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации.

(п. 7 в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 01.11.2008 №618н)

8. На основании сведений о результатах проведения диспансеризации детей врач-педиатр, осуществляющий динамическое наблюдение за состоянием здоровья ребенка, определяет индивидуальную программу профилактических мероприятий, необходимый объем дополнительного обследования, направляет на дальнейшее лечение (амбулаторное, стационарное, восстановительное) и осуществляет диспансерное наблюдение за ребенком.

При установлении у ребенка заболевания, требующего оказания высокотехнологичной медицинской помощи, его медицинская документация в установленном порядке направляется в орган управления здравоохранением субъекта Российской Федерации для решения вопроса об оказании ему высокотехнологичной медицинской помощи.

9. Организация диспансеризации детей в учреждении здравоохранения осуществляется структурным подразделением этого учреждения, на которое руководителем учреждения здравоохранения возложены данные функции, и включает:

учет прошедших диспансеризацию детей в порядке, определяемом Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

ведение реестров счетов для оплаты расходов по проведению диспансеризации детей и их представление в территориальный фонд обязательного медицинского страхования в порядке, определяемом Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

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

Приложение №2
к Приказу
Министерства здравоохранения
и социального развития
Российской Федерации
от 21 апреля 2008 г. №183н

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 01.11.2008 №618н)

Код формы по ОКУД _____
Код стационарного
учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация
Учетная форма №030-Д/с/08-10
Утверждена Приказом Министерства
здравоохранения и социального
развития Российской Федерации
от 21 апреля 2008 г. №183н

Карта диспансеризации
в 2008 - 2010 годах пребывающих в стационарных
учреждениях детей-сирот и детей, находящихся
в трудной жизненной ситуации

1. _____ №_____
(наименование стационарного учреждения)
1.1. Прежнее наименование (в случае его изменения)
1.2. Ведомственная принадлежность: органы здравоохранения, образования, соцзащиты (нужное подчеркнуть)
1.3. Профиль:
1.4. Адрес:
_____
2. Фамилия, имя, отчество:
3. Пол: муж./ жен. (нужное подчеркнуть)
4. Дата рождения: _____
5. Страховой полис: серия _____ №_____ Страховая компания:
_____
6. Категория учета в тяжелой жизненной ситуации: _____
7. Дата поступления в учреждение постоянного пребывания: _____
8. Выбыл: умер, выбыл по возрасту, усыновлен, переведен в другое учреждение, другое (нужное подчеркнуть).
9. Отсутствует на момент проведения диспансеризации: на учебе, в бегах, в санатории, другое (нужное подчеркнуть).
10. Дата обследования: _____
11. _____
(наименование государственного или муниципального учреждения здравоохранения, проводившего диспансеризацию)
12. Оценка физического развития:
12.1. Для детей 0 - 4 лет: масса (кг) _____;

рост (см) _____;
окружность головы (см) _____.

12.2. Для детей 5 - 17 лет включительно: масса (кг) _____; рост (см) _____;
нормальное, отклонение (дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост - нужное подчеркнуть).

13. Оценка психического развития (состояния):

13.1. Для детей 0 - 4 лет: познавательная функция (возраст развития) _____;
моторная функция (возраст развития) _____;
эмоциональная и социальная (контакт с окружающим миром) функции (возраст развития) _____;
предречевое и речевое развити(возраст развития)_____.

13.2. Для детей 5 - 17 лет:

13.2.1. Психомоторная сфера: (норма, отклонение) (нужное подчеркнуть).

13.2.2. Интеллект: (норма, отклонение) (нужное подчеркнуть).

13.2.3. Эмоционально-вегетативная сфера: (норма, отклонение) (нужное подчеркнуть).

14. Оценка полового развития (с 10 лет):

14.1. Половая формула мальчика: P _____ Ax _____ Fa _____.

14.2. Половая формула девочки: P _____ Ma _____ Ax _____ Me _____;
характеристика менструальной функции:
menarhe (лет, месяцев) _____ Menses (характеристика): регулярные, нерегулярные, обильные, скудные (нужное подчеркнуть).

15. Состояние здоровья до проведения настоящего диспансерного обследования:

15.1. Диагноз _____ (код по МКБ 10):

15.1.1. Дообследование (по результатам прошлой диспансеризации) было назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: выполнено, начато, не проведено (нужное подчеркнуть).

15.1.2. Лечение (по результатам прошлой диспансеризации) было назначено:
да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: выполнено, начато, не проведено (нужное подчеркнуть).

15.2. Диагноз _____ (код по МКБ 10):

15.2.1. Дообследование (по результатам прошлой диспансеризации) было назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: выполнено, начато, не проведено (нужное подчеркнуть).

15.2.2. Лечение (по результатам прошлой диспансеризации) было назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: выполнено, начато, не проведено (нужное подчеркнуть).

15.3. Диагноз _____ (код по МКБ 10):

15.3.1. Дообследование (по результатам прошлой диспансеризации) было назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если да - выполнено, начато, не проведено (нужное подчеркнуть).

15.3.2. Лечение (по результатам прошлой диспансеризации) было назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: выполнено, начато, не проведено (нужное подчеркнуть).

15.4. Диагноз _____ (код по МКБ 10):

15.4.1. Дообследование (по результатам прошлой диспансеризации) было назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: выполнено, начато, не проведено (нужное подчеркнуть).

15.4.2. Лечение (по результатам прошлой диспансеризации) было назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: выполнено, начато, не проведено (нужное подчеркнуть).

15.5. Диагноз _____ (код по МКБ 10):

15.5.1. Дообследование (по результатам прошлой диспансеризации) было назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: выполнено, начато, не проведено (нужное подчеркнуть).

15.5.2. Лечение (по результатам прошлой диспансеризации) было назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: выполнено, начато, не проведено (нужное подчеркнуть).

16. Состояние здоровья по результатам проведения настоящего диспансерного обследования:

16.1. Практически здоров _____.

16.2. Диагноз _____ (код по МКБ 10):

(а) функциональные отклонения, хроническое заболевание; (б) диагноз предварительный или уточненный; (в) диспансерный учет: состоял ранее или взят впервые (нужное подчеркнуть).

16.2.1. Проведены лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия в связи с заболеванием:

нет; да: в условиях дома ребенка, в образовательном учреждении, в учреждении социальной защиты, в амбулаторно-поликлинической сети, в стационаре муниципального уровня, в стационаре автономного округа, в стационаре субъекта Российской Федерации, в стационаре федерального уровня, в санатории (нужное подчеркнуть).

16.2.2. Оказаны высокотехнологичные виды медицинской помощи (далее - ВМП) по итогам диспансеризации предыдущего года: да, нет (нужное подчеркнуть).

16.2.3. Рекомендации по дальнейшему лечению: нет; да: в условиях дома ребенка, в образовательном учреждении, в учреждении социальной защиты, в амбулаторно-поликлинической сети, в стационаре муниципального уровня, в стационаре автономного округа, в стационаре субъекта Российской Федерации, в стационаре федерального уровня, в санатории (нужное подчеркнуть).

16.2.4. ВМП рекомендованы: да, нет (нужное подчеркнуть).

16.2.5. Рекомендации по дополнительному обследованию для уточнения диагноза: на окружном уровне, на областном/краевом/республиканском уровне, на федеральном уровне (нужное подчеркнуть).

16.3. Диагноз _____ (код по МКБ 10):

(а) функциональные отклонения, хроническое заболевание; (б) диагноз предварительный или уточненный; (в) диспансерный учет: состоял ранее или взят впервые (нужное подчеркнуть).

16.3.1. Проведены лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия в связи с заболеванием: нет; да: в условиях дома ребенка, в образовательном учреждении, в учреждении социальной защиты, в амбулаторно-поликлинической сети, в стационаре муниципального уровня, в стационаре автономного округа, в стационаре субъекта Российской Федерации, в стационаре федерального уровня, в санатории (нужное подчеркнуть).

16.3.2. Оказаны ВМП по итогам диспансеризации предыдущего года: да, нет (нужное подчеркнуть).

16.3.3. Рекомендации по дальнейшему лечению: нет; да: в условиях дома ребенка, в образовательном учреждении, в учреждении социальной защиты, в амбулаторно-поли-

клинической сети, в стационаре муниципального уровня, в стационаре автономного округа, в стационаре субъекта Российской Федерации, в стационаре федерального уровня, в санатории (нужное подчеркнуть).

16.3.4. ВМП рекомендованы: да, нет (нужное подчеркнуть).

16.3.5. Рекомендации по дополнительному обследованию для уточнения диагноза: на окружном уровне, на областном/краевом/республиканском уровне, на федеральном уровне (нужное подчеркнуть).

16.4. Диагноз _____ (код по МКБ 10):

(а) функциональные отклонения, хроническое заболевание; (б) диагноз предварительный или уточненный; (в) диспансерный учет: состоял ранее или взят впервые (нужное подчеркнуть).

16.4.1. Проведены лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия в связи с заболеванием: нет; да: в условиях дома ребенка, в образовательном учреждении, в учреждении социальной защиты, в амбулаторно-поликлинической сети, в стационаре муниципального уровня, в стационаре автономного округа, в стационаре субъекта Российской Федерации, в стационаре федерального уровня, в санатории (нужное подчеркнуть).

16.4.2. Оказаны ВМП по итогам диспансеризации предыдущего года: да, нет (нужное подчеркнуть).

16.4.3. Рекомендации по дальнейшему лечению: нет; да: в условиях дома ребенка, в образовательном учреждении, в учреждении социальной защиты, в амбулаторно-поликлинической сети, в стационаре муниципального уровня, в стационаре автономного округа, в стационаре субъекта Российской Федерации, в стационаре федерального уровня, в санатории (нужное подчеркнуть).

16.4.4. ВМП рекомендованы: да, нет (нужное подчеркнуть).

16.4.5. Рекомендации по дополнительному обследованию для уточнения диагноза: на окружном уровне, на областном/краевом/республиканском уровне, на федеральном уровне (нужное подчеркнуть).

16.5. Диагноз _____ (код по МКБ 10):

(а) функциональные отклонения, хроническое заболевание; (б) диагноз предварительный или уточненный; (в) диспансерный учет: состоял ранее или

взят впервые (нужное подчеркнуть).

16.5.1. Проведены лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия в связи с заболеванием: нет; да: в условиях дома ребенка, в образовательном учреждении, в учреждении социальной защиты, в амбулаторно-поликлинической сети, в стационаре муниципального уровня, в стационаре автономного округа, в стационаре субъекта Российской Федерации, в стационаре федерального уровня, в санатории (нужное подчеркнуть).

16.5.2. Оказаны ВМП по итогам диспансеризации предыдущего года: да, нет (нужное подчеркнуть).

16.5.3. Рекомендации по дальнейшему лечению: нет; да: в условиях дома ребенка, в образовательном учреждении, в учреждении социальной защиты, в амбулаторно-поликлинической сети, в стационаре муниципального уровня, в стационаре автономного округа, в стационаре субъекта Российской Федерации, в стационаре федерального уровня, в санатории (нужное подчеркнуть).

16.5.4. ВМП рекомендованы: да, нет (нужное подчеркнуть).

16.5.5. Рекомендации по дополнительному обследованию для уточнения диагноза: на окружном уровне, на областном/краевом/республиканском уровне, на федеральном уровне (нужное подчеркнуть).

16.6. Диагноз _____ (код по МКБ 10): (а) функциональные отклонения, хроническое заболевание; (б) диагноз предварительный или уточненный; (в) диспансерный учет: состоял ранее или взят впервые (нужное подчеркнуть).

16.6.1. Проведены лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия в связи с заболеванием: нет; да: в условиях дома ребенка, в образовательном учреждении, в учреждении социальной защиты, в амбулаторно-поликлинической сети, в стационаре муниципального уровня, в стационаре автономного округа, в стационаре субъекта Российской Федерации, в стационаре федерального уровня, в санатории (нужное подчеркнуть).

16.6.2. Оказаны ВМП по итогам диспансеризации предыдущего года: да, нет (нужное подчеркнуть).

16.6.3. Рекомендации по дальнейшему лечению: нет; да: в условиях дома ребенка, в образовательном учреждении, в учреждении социальной защиты, в амбулаторно-поликлинической сети, в стационаре муниципального уровня, в стационаре автономного округа, в стационаре субъекта Российской Федерации, в стационаре федерального уровня, в санатории (нужное подчеркнуть).

16.6.4. ВМП рекомендованы: да, нет (нужное подчеркнуть).

16.6.5. Рекомендации по дополнительному обследованию для уточнения диагноза: на окружном уровне, на областном/краевом/республиканском уровне, на федеральном уровне (нужное подчеркнуть).

17. Инвалидность: с рождения, приобретенная (нужное подчеркнуть);
установлена впервые (дата) _____; дата последнего освидетельствования _____.

18. Заболевания, обусловившие возникновение инвалидности:

(некоторые инфекционные и паразитарные, из них: туберкулез, сифилис, ВИЧ; новообразования; болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм, из них СПИД; болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, из них: сахарный диабет; психические расстройства и расстройства поведения, в том числе умственная отсталость; болезни нервной системы, из них: церебральный паралич и др. паралитические синдромы; болезни глаза и его придаточного аппарата; болезни уха и сосцевидного отростка; болезни системы кровообращения; болезни органов дыхания, из них: астма, астматический статус; болезни органов пищеварения; болезни кожи и подкожной клетчатки; болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; болезни мочеполовой системы; отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде; врожденные аномалии, из них: аномалии нервной системы, системы кровообращения, опорно-двигательного аппарата; последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин) (нужное подчеркнуть).

19. Виды нарушений в состоянии здоровья:

- умственные;
- другие психологические;
- языковые и речевые;
- слуховые и вестибулярные;
- зрительные;
- висцеральные и метаболические расстройства питания;
- двигательные;
- уродующие;

- общие и генерализованные (нужное подчеркнуть).

20. Индивидуальная программа реабилитации:

дата назначения: _____

выполнение: полностью, частично, начато, не выполнено (нужное подчеркнуть).

21. Группа здоровья: I, II, III, IV, V (нужное подчеркнуть).

22. Проведение профилактических прививок (нужное подчеркнуть):

- привит по возрасту;
- не привит по медицинским показаниям: полностью, частично;
- не привит по другим причинам: полностью, частично;
- нуждается в проведении вакцинации/ревакцинации:

БЦЖ - V; R1; R2.
Полиомиелит - V1, V2, V3;
R1; R2; R3.
АКДС - V1, V2, V3. АДСМ,
АДМ.
Корь - V; R.
Эпид. паротит - V; R.
Краснуха - V; R.
Гепатит В - V1, V2, V3.

23. Потребность в медико-педагогической коррекции: не нуждается, нуждается (нужное подчеркнуть).

24. Потребность в медико-социальной коррекции: не нуждается, нуждается (нужное подчеркнуть).

25. Даты осмотров:

педиатра _____
невролога _____
офтальмолога _____
детского хирурга _____
оториноларинголога _____
акушера-гинеколога _____
стоматолога детского _____
ортопеда-травматолога (детского хирурга) _____
психиатра (с 3-х лет) _____
детского уролога-андролога (с 5 лет) _____
эндокринолога детского (с 5 лет) _____

26. Даты исследований:

лабораторные исследования: общий анализ крови _____;
общий анализ мочи _____;

УЗИ: тазобедренных суставов _____,
сердца _____,
почек _____,
печени и желчного пузыря _____;

ЭКГ _____.

Врач-педиатр _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Приложение №3
к Приказу
Министерства здравоохранения
и социального развития
Российской Федерации
от 21 апреля 2008 г. №183н

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 01.11.2008 №618н)

Медицинская документация
Отчетная форма №030-Д/эс/08-10

Диспансеризация
в 2008 - 2010 годах пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей,
находящихся в трудной жизненной ситуации

1. _____ №_____
(наименование стационарного учреждения детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации)
_____
(ведомственная принадлежность)
Профиль:
Адрес:_____
_____

2. Число детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных учреждениях системы здравоохранения, образования и социальной защиты (далее дети-сироты): _____

3. _____
(наименование государственного или муниципального учреждения здравоохранения, проводившего диспансеризацию детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации)

4. Структура выявленной патологии:

№ п/п	Наименование заболеваний (по классам и отдельным нозологиям)	Код по МКБ-10	Всего зарегистрировано заболеваний	Удельный вес зарегистрированных заболеваний	Из числа зарегистрированных заболеваний выявлено впервые (из графы 4)	Удельный вес заболеваний (из числа впервые выявленных)	Расхождение диагнозов (из общего числа зарегистрированных заболеваний) до и после проведения диспансеризации (из графы 4)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Некоторые инфекционные и паразитарные заболевания, из них: туберкулез, ВИЧ, СПИД	A00 - B99 A15 - A19 B20 - B24					
2.	Новообразования	C00 - D48					
3.	Болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунные механизмы	D50 - D89					
4.	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, из них: сахарный диабет	E00 - E90 E10 - E14					
5.	Психические расстройства и расстройства поведения, из них: умственная отсталость	F00 - F99 F70 - F79					

1	2	3	4	5	6	7	8
6.	Болезни нервной системы из них: церебральный паралич и другие паралитические синдромы	G00 - G98 G80 - G83					
7.	Болезни глаза и его придаточного аппарата	H00 - H59					
8.	Болезни уха и сосцевидного отростка	H60 - H95					
9.	Болезни системы кровообращения	I00 - I99					
10.	Болезни органов дыхания, из них: астма, астматический статус	J00 - J99 J45 - J46					
11.	Болезни органов пищеварения	K00 - K93					
12.	Болезни кожи и подкожной клетчатки	L00 - L99					
13.	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00 - M99					
14.	Болезни мочеполовой системы	N00 - N99					
15.	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	P00 - P96					

1	2	3	4	5	6	7	8
16.	Врожденные аномалии, из них: врожденные аномалии развития нервной системы, системы кровообращения, костно-мышечной системы	Q00 - Q99 Q00 - Q07 Q20 - Q28 Q65 - Q79					
17.	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S00 - T98					
18.	Прочие						
19.	Итого						

5. Из числа прошедших диспансеризацию детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации:
5.1.

Проведены лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия в связи с заболеванием								
в условиях дома ребенка	в образовательном учреждении	в учреждении социальной защиты	в амбулаторно-поликлинической сети	в стационаре муниципального уровня	в стационаре автономного округа	в стационаре субъекта Российской Федерации	в стационаре федерального уровня	в санатории

5.2.

Рекомендации по дальнейшему лечению								
в условиях дома ребенка	в образовательном учреждении	в учреждении социальной защиты	в амбулаторно-поликлинической сети	в стационаре муниципального уровня	в стационаре автономного округа	в стационаре субъекта Российской Федерации	в стационаре федерального уровня	в санатории

6. Высокотехнологичные виды медицинской помощи:

6.1. рекомендованы _____;

(число детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации)

6.2. оказаны (по итогам диспансеризации предыдущего года) _____.

(число детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации)

7. Рекомендуется дополнительное обследование (из числа прошедших диспансеризацию детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации):

Нуждаются в дополнительном обследовании							
всего (человек)	процент от общего числа прошедших диспансеризацию детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (%)	окружной уровень		на областном/ краевом/ республиканском уровне		на федеральном уровне	
		всего (человек)	процент от общего числа прошедших диспансеризацию детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (%)	всего (человек)	процент от общего числа прошедших диспансеризацию детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (%)	всего (человек)	процент от общего числа прошедших диспансеризацию детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (%)

8. Число детей-инвалидов из числа прошедших диспансеризацию детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации

Инвалидность							
установлена до проведения настоящей диспансеризации				установлена впервые в 2008 г.		всего детей-инвалидов (человек)	процент инвалидов от общего количества осмотренных детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (%)
с рождения		приобретенная					
всего (человек)	процент от общего числа прошедших диспансеризацию детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (%)	всего (человек)	процент от общего числа прошедших диспансеризацию детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (%)	всего (человек)	процент от общего числа прошедших диспансеризацию детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (%)		

9. Выполнение индивидуальных программ реабилитации (ИПР) детей-инвалидов:

Назначено ИПР	ИПР выполнена полностью		ИПР выполнена частично		ИПР начата		ИПР не выполнена	
всего (человек)	всего (человек)	процент от назначенного (%)	всего (человек)	процент от назначенного (%)	всего (человек)	процент от назначенного (%)	всего (человек)	процент от назначенного (%)

9.1. Поименный список детей-инвалидов с невыполненной ИПР:

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Дата рождения	Дата осмотра	Наименование стационарного учреждения постоянного пребывания ребенка

10. Охват профилактическими прививками детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации:

Всего привито по календарному плану (человек)	Не привиты по медицинским показаниям		Не привиты по другим причинам	
	полностью (человек)	частично (человек)	полностью (человек)	частично (человек)

11. Распределение детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации по группам здоровья:

	I	II	III	IV	V
Всего (человек)					
процент от общего числа прошедших диспансеризацию детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (%)					

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

Приложение №4
к Приказу
Министерства здравоохранения
и социального развития
Российской Федерации
от 21 апреля 2008 г. №183н

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 01.11.2008 №618н)

Утверждаю
(руководитель органа управления
здравоохранением субъекта
Российской Федерации)
«__» _____ 200_ г.

М.П.

План-график
проведения диспансеризации в 2008 - 2010 годах пребывающих в стационарных учреждениях субъекта Российской Федерации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации <*>

№ п/п	Наименование стационарного учреждения	Численность пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, подлежащих диспансеризации	Срок проведения диспансеризации, месяц	Наименование государственного (муниципального) учреждения здравоохранения, проводящего диспансеризацию
1	2	3	4	5
	Итого за январь		X	X
	Итого за февраль		X	X
	Итого за март		X	X
	Всего за год		X	X
	Итого за год (гр. 3 + гр. 4)		X	X

_____

<*> План-график утверждается на текущий финансовый год.

Приложение №5
к Приказу
Министерства здравоохранения
и социального развития
Российской Федерации
от 21 апреля 2008 г. №183н

ПЕРЕЧЕНЬ СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ, В КОТОРЫХ ВОСПИТЫВАЮТСЯ ДЕТИ-СИРОТЫ И ДЕТИ, НАХОДЯЩИЕСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

(введен Приказом Минздравсоцразвития РФ от 01.11.2008 №618н)

1. Дома ребенка.
2. Образовательные учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.
3. Общеобразовательные школы-интернаты.
4. Специальные (коррекционные) общеобразовательные школы-интернаты.
5. Оздоровительные образовательные учреждения санаторного типа для детей, нуждающихся в лечении.
6. Специальные лечебно-воспитательные учреждения для детей и подростков с девиантным поведением.
7. Детские дома-интернаты для умственно отсталых детей.
8. Детские дома-интернаты для детей с физическими недостатками.
9. Специализированные учреждения для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации.
10. Другие учреждения системы здравоохранения, социальной защиты и образовательные учреждения, в которых содержатся и воспитываются дети-сироты и дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ
от 17 апреля 2009 г. №198н
МОСКВА

О НОРМАТИВАХ ЗАТРАТ НА ПРОВЕДЕНИЕ В 2009 ГОДУ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОДНОГО РЕБЕНКА

Зарегистрирован в Минюсте РФ 30 апреля 2009 г. №13868

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2007 г. №945 «О порядке предоставления в 2009 - 2011 годах субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2008, №1, ст. 11; №40, ст. 4552; «Российская газета» от 17 марта 2009 г. №44) приказываю:

Утвердить по согласованию с Министерством образования и науки Российской Федерации, Министерством финансов Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования нормативы затрат на проведение в 2009 году диспансеризации одного ребенка в возрасте от 0 до 4-х лет включительно в размере 1877,5 рубля, в возрасте от 5 до 17 лет включительно - в размере 2377,6 рубля.

Министр
Т.ГОЛИКОВА

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ПРИКАЗ
от 16 апреля 2009 г. №76
МОСКВА

О РЕАЛИЗАЦИИ ПОСТАНОВЛЕНИЯ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 29 ДЕКАБРЯ 2007 ГОДА №945

Зарегистрирован в Минюсте РФ 13 мая 2009 г. №13923

(в ред. Приказа ФОМС от 29.05.2009 №119)

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2007 №945 «О порядке предоставления в 2009 - 2011 годах субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (в ред. Постановления Правительства Российской Федерации от 10.03.2009 №224) (далее - Постановление) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2008, №1, ст. 11, №40, ст. 4552; 2009, №11, ст. 1319) приказываю:

1. Утвердить:

1.1. порядок ведения реестров счетов по законченным случаям на оплату расходов по проведенной диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (Приложение №1);

1.2. форму реестра счетов за отчетный период на оплату расходов по проведенной диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (Приложение №2);

1.3. форму заявки территориального фонда обязательного медицинского страхования на предоставление субсидий на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (далее - Заявка) (Приложение №3);

1.4. форму сведений территориального фонда обязательного медицинского страхования для завершения расчетов по финансовому обеспечению проведенной диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (далее - Сведения) (Приложение №4).

2. Исполнительным директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования:

2.1. Обеспечить представление в 2009 - 2011 годах:

- ежегодно - плана-графика проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, на текущий финансовый год, утвержденного субъектом Российской Федерации, по форме, утверждаемой Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации. При изменении численности детей представлять скорректированный план-график до 20-го числа текущего месяца;

- ежемесячно - до 20-го числа, Заявки по форме, утвержденной настоящим Приказом (Приложение №3);

- до 20 марта 2010, 2011 и 2012 годов соответственно - Сведений по форме, утвержденной настоящим Приказом (Приложение №4).

2.2. Осуществлять перечисление учреждениям здравоохранения средств, поступивших в виде субсидий, ежемесячно не позднее 25-го числа месяца, следующего за отчетным, после проведения медико-экономической экспертизы представленных учреждениями здравоохранения реестров счетов на оплату расходов по проведенной диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, на условиях, предусмотренных пунктом 5 Правил предоставления в 2009 - 2011 годах субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, утвержденных Постановлением.

3. Комиссии Федерального фонда ОМС по финансированию отдельных мероприятий, предусмотренных бюджетом Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2009 год и на плановый период 2010 - 2011 годов (далее - Комиссия), осуществлять рассмотрение Заявок и Сведений территориальных фондов ОМС и принимать решение о предоставлении субсидий по результатам их рассмотрения с учетом соблюдения условий, предусмотренных пунктом 3 Правил предоставления в 2009 - 2011 годах субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, утвержденных Постановлением.

4. Управлению бухгалтерского учета и отчетности ежемесячно, в срок до 25-го числа, осуществлять перечисление территориальным фондам обязательного медицинского страхования субсидий на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, на основании протокола заседания Комиссии.

5. Управлению организации ОМС оказывать методическую помощь территориальным фондам ОМС в организации заключения договоров в соответствии с типовой формой, утвержденной Постановлением.

6. Считать утратившими силу: Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 31.10.2008 №235 «О реализации Постановления Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2007 года №945» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 10.11.2008 №12597, «Российская газета», №235, 14.11.2008), Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.01.2009 №10 «О внесении изменений в Приказ ФОМС от 31 октября 2008 года №235» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 10.02.2009 №13285, «Российская газета», №25, 13.02.2009), Приказ Федерального фонда

обязательного медицинского страхования от 03.03.2009 №38 «О внесении изменений в Приказ ФОМС от 31 октября 2008 года №235» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 25.03.2009 №13594, «Российская газета», №53, 27.03.2009).

7. Контроль за исполнением настоящего Приказа возложить на заместителя председателя Л.Н. Иванову.

Председатель
А. ЮРИН

Приложение №1
к Приказу ФОМС
от 16 апреля 2009 г. №76

ПОРЯДОК ВЕДЕНИЯ РЕЕСТРОВ СЧЕТОВ ПО ЗАКОНЧЕННЫМ СЛУЧАЯМ НА ОПЛАТУ РАСХОДОВ ПО ПРОВЕДЕННОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРЕБЫВАЮЩИХ В СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

I. Общие положения

Настоящий Порядок разработан в соответствии с пунктом 5 Правил предоставления в 2009 - 2011 годах субсидий из бюджета Федерального фонда ОМС бюджетам территориальных фондов ОМС на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2007 N945 «О порядке предоставления в 2009 - 2011 годах субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (в ред. Постановления Правительства Российской Федерации от 10.03.2009 №224), и устанавливает порядок ведения реестров счетов по законченным случаям на оплату расходов по проведенной диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также периодичность и сроки их представления.

II. Периодичность и сроки представления

2.1. Государственные (муниципальные) учреждения здравоохранения представляют в территориальный фонд обязательного медицинского страхования счет и реестр счетов за отчетный период на оплату расходов по проведенной диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (далее - Реестр), по форме, утвержденной настоящим Приказом (Приложение №2) ежемесячно, до 10-го числа месяца, следующего за отчетным.

2.2. Реестр представляется на бумажном носителе и в электронном виде.

III. Заполнение показателей Реестра

3.1. В графе 2 указываются полностью фамилия, имя, отчество ребенка, прошедшего диспансеризацию.

3.2. В графе 3 указывается пол ребенка, прошедшего диспансеризацию.

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

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

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

3.6. В графе 7 указывается установленный общий диагноз по МКБ-10 ребенка, прошедшего диспансеризацию, на основании учетной формы №030-Д/с/08-10 «Карта диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации».

3.7. В графах с 8 по 18 указываются даты осмотров врачами-специалистами:

- детей в возрасте от 0 до 4 лет включительно: педиатром, неврологом, офтальмологом, детским хирургом, оториноларингологом, акушером-гинекологом, детским стоматологом, ортопедом-травматологом, психиатром (с 3 лет);

- детей в возрасте от 5 до 17 лет включительно: педиатром, неврологом, офтальмологом, детским хирургом, оториноларингологом, акушером-гинекологом, детским стоматологом, ортопедом-травматологом, детским урологом-андрологом, детским эндокринологом, психиатром.

3.8. В графах с 19 по 25 указываются даты проведения лабораторных и функциональных исследований по всем возрастным группам: клинический анализ крови, клинический анализ мочи, электрокардиография, ультразвуковое исследование (сердца, почек, печени и желчного пузыря, тазобедренных суставов для детей первого года жизни).

3.9. В графе 26 указывается норматив затрат на проведение диспансеризации детей (в рублях), утверждаемый приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации на 2009, 2010 и 2011 годы.

В реестре итоги подводятся по каждой странице и по каждой возрастной группе детей, кроме того, выводится общий итог по реестру.

Приложение № 2
к приказу ФОМС
от 16.04.2009 г. № 76

Реестр
счетов на оплату проведенной диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации,
на _____ 200_ года

	коды
Форма РД-ДС по ОКУД	_____
по ОКПО	_____
по ОГРН	_____
по ОКВЭД	_____
по ОКОПФ/ОКФС	_____
по ОКПО	_____
по ОГРН	_____
по ОКУД	_____
по ОКЕИ	_____

Учреждение-отправитель _____
наименование учреждения

Вид деятельности _____
Организационно-правовая форма/форма собственности _____
Учреждение-получатель _____
наименование учреждения

Периодичность: ежемесячно, 10 числа _____
Единица измерения (руб.) _____
Договор между территориальным фондом обязательного медицинского страхования и государственным (муниципальным) учреждением здравоохранения _____
(дата заключения договора и № договора)

№ 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)	Даты осмотров врачами-специалистами и проведения лабораторных и функциональных исследований																	Норматив затрат на проведение диспансеризации, руб.
							педиатр	невролог	офтальмолог	детский хирург	оториноларинголог	акушер-гинеколог	детский стоматолог	ортопед-травматолог	психиатр (с 3-х лет)	детский уролог- андролог	детский эндокринолог	клинический анализ крови	клинический анализ мочи	электрокардиография	УЗИ				
																					сердца	почек	печени и желчного пузыря	тазобедренных суставов для детей первого года жизни	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
Возраст детей от 0 до 4-х лет включительно																									
																x	x								
																x	x								
	Итого															x	x								
Возраст детей от 5 до 17 лет включительно																									
	Итого																								
	Всего																								

Руководитель учреждения _____ _____
(Ф.И.О)

М.П.

Главный бухгалтер _____ _____
(Ф.И.О)

Приложение №3
к Приказу ФОМС
от 16.04.2009 №76

(в ред. Приказа ФОМС от 29.05.2009 №119)

Заявка на предоставление субсидий на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации
на _____ месяц 200__ года

_____
(наименование территориального фонда обязательного медицинского страхования)

№ строк	Наименование показателей	
1	Численность пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, согласно плану-графику проведения диспансеризации в субъекте Российской Федерации на текущий финансовый год, чел.	
2	Численность пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, согласно плану-графику проведения диспансеризации в субъекте Российской Федерации на текущий месяц всего, чел.	
2.1	в том числе[1]: - в возрасте от 0 до 4 лет включительно, чел.	
2.2	- в возрасте от 5 до 17 лет включительно, чел.	
3	Норматив затрат на проведение диспансеризации одного ребенка[2]:	
3.1	в возрасте от 0 до 4 лет включительно, руб.	
3.2	в возрасте от 5 до 17 лет включительно, руб	
4	Расчетная сумма субсидии на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, согласно плану-графику проведения диспансеризации в субъекте Российской Федерации на текущий месяц, тыс. руб. (стр. 4.1 + стр. 4.2), всего	
4.1	в том числе: - в возрасте от 0 до 4 лет включительно (стр. 2.1 х стр. 3.1), тыс. руб.	
4.2	- в возрасте от 5 до 17 лет включительно (стр. 2.2 х стр. 3.2), тыс. руб.	
5	Остаток неиспользованных средств на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (на дату представления заявки)[3], тыс. руб.	

6	Недостаток средств, необходимых согласно реестру счетов на оплату расходов проведенной диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в предыдущем месяце (на дату представления заявки)[4], тыс. руб.	
7	Сумма субсидии на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, на текущий месяц, тыс. руб.	
8	Сумма субсидии на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, с даты заключения Договора[5] на текущий год до 1-го числа месяца начала предоставления субсидий на финансирование расходов на проведение диспансеризации, тыс. руб.	
8.1	в том числе: - в возрасте от 0 до 4 лет включительно, тыс. руб.	
8.2	- в возрасте от 5 до 17 лет включительно, тыс. руб.	

Исполнительный директор
территориального фонда
обязательного медицинского
страхования _____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Главный бухгалтер
территориального фонда
обязательного медицинского
страхования _____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

1 Заполняется на основании данных органа управления здравоохранения субъекта Российской Федерации, представляемых в территориальный фонд ОМС в срок до 15-го числа текущего месяца;

2 утверждается Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации по согласованию с Министерством образования и науки Российской Федерации, Министерством финансов Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования;

3 подтверждается банковской выпиской;

4 возмещается территориальным фондам в текущем месяце в пределах сумм субсидий, засчитанных в предыдущих месяцах в виде авансовых платежей;

5 договор территориального фонда с государственными (муниципальными) учреждениями здравоохранения в соответствии с типовой формой, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2007 г. №945 (в ред. Постановления Правительства Российской Федерации от 10.03.2009 №224).

Справочно указывается на дату представления заявки:

1	Численность пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в отношении которых была проведена диспансеризация, всего, чел.	
1.1	в том числе: - в возрасте от 0 до 4 лет включительно, чел.	
1.2	- в возрасте от 5 до 17 лет включительно, чел.	
2	Подлежат оплате счета по проведенной диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, после проведения медико-экономических экспертиз (с начала года на дату представления заявки), тыс. руб.	
3	Израсходовано средств на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (с начала года на дату представления заявки), тыс. руб. (стр. 3.1 + стр. 3.2)	
3.1	в том числе: - в возрасте от 0 до 4 лет включительно, тыс. руб.	
3.2	- в возрасте от 5 до 17 лет включительно, тыс. руб.	

Приложение №4
к Приказу ФОМС
от 16.04.2009 №76

Сведения для завершения расчетов по финансовому обеспечению проведенной диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, за _____ год

_____
(наименование территориального фонда обязательного медицинского страхования)

№	Наименование показателей	За _____ год
1	Численность прошедших диспансеризацию пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, согласно представленным учреждениями здравоохранения реестрам счетов после проведения медико-экономической экспертизы в субъекте Российской Федерации (стр. 1.1 + стр. 1.2), всего, чел.	
1.1	в том числе[1]: - в возрасте от 0 до 4 лет включительно, чел.	
1.2	- в возрасте от 5 до 17 лет включительно, чел.	

2	Норматив затрат на проведение диспансеризации одного ребенка:	
2.1	- в возрасте от 0 до 4 лет включительно, руб.	
2.2	- в возрасте от 5 до 17 лет включительно, руб.	
3	Расчетная сумма субсидии для завершения расчетов по финансовому обеспечению проведенной диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, согласно представленным учреждениями здравоохранения реестрам счетов после проведения медико-экономической экспертизы в субъекте Российской Федерации (стр. 3.1 + стр. 3.2), всего, тыс. руб.	
3.1	в том числе: - в возрасте от 0 до 4 лет включительно (стр. 1.1 х стр. 2.1), тыс. руб.	
3.2	- в возрасте от 5 до 17 лет включительно (стр. 1.2 х стр. 2.2), тыс. руб.	
4	Остаток неиспользованных средств территориального фонда обязательного медицинского страхования на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, тыс. руб. [1]	
5	Сумма субсидии, необходимая для завершения расчетов по проведенной диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, согласно плану-графику проведения диспансеризации в субъекте Российской Федерации, тыс. руб.	

Исполнительный директор
территориального фонда
обязательного медицинского
страхования _____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Главный бухгалтер
территориального фонда
обязательного медицинского
страхования _____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

[1] Указывается на дату составления сведений и подтверждается банковской выпиской.