

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ

МЕДИЦИНСКОЕ

СТРАХОВАНИЕ

В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ
Ф О Н Д
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

4 - 2009

Всероссийское совещание исполнительных директоров ТФОМС
по вопросам одноканального финансирования
медицинских учреждений через систему ОМС

Семинар-совещание с директорами ТФОМС
«Актуальные вопросы реформирования системы ОМС
в Российской Федерации»

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

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

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

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

«Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации»

Научно-практический журнал
№ 4, 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
16.11.2009 года
Тираж: 3000 экз.
Формат 60 x 90 1/8 (А4)
Объем 78 полос

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

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

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

№4, 2009 г.



ОФИЦИАЛЬНО | НОВОСТИ

- 4** Всероссийское совещание исполнительных директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования по вопросам одноканального финансирования медицинских учреждений через систему ОМС
- 5** Семинар-совещание с директорами ТФОМС «Актуальные вопросы реформирования системы ОМС в Российской Федерации»
- 6** Новые назначения в Федеральном фонде ОМС
- 7** В территориальных фондах ОМС Архангельской и Томской областей назначены новые руководители

ВСЕРОССИЙСКОЕ СОВЕЩАНИЕ ДИРЕКТОРОВ ТФОМС

- 8** Всероссийское совещание исполнительных директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования

ОДНОКАНАЛЬНОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ

- 18** Т.В. Чирятьева
Опыт работы Тюменской области в условиях одноканального финансирования медицинских организаций через систему ОМС

СЕМИНАР-СОВЕЩАНИЕ С ДИРЕКТОРАМИ ТФОМС

- 24** Семинар-совещание с директорами территориальных фондов ОМС «Актуальные вопросы реформирования системы ОМС в Российской Федерации»
- 37** Соглашение по информационному обмену между Пенсионным фондом Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ-СИРОТ

- 42** С.Г. Кравчук, С.Г. Комаров
Организационно-методологические аспекты финансового обеспечения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации

ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

- 48** Н.Н. Стадченко
Новый подход к проведению вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи

НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ И ДОКУМЕНТЫ

- 52** Федеральный закон Российской Федерации от 18 июля 2009 года №185-ФЗ «О внесении изменений в статьи 2 и 9.1 закона Российской Федерации "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" и статью 11 Федерального закона "Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации"»
- 54** Постановление правительства Российской Федерации от 16 июля 2009 года №581 «Об утверждении правил проведения реструктуризации задолженности по страховым взносам в бюджеты государственных внебюджетных фондов, числящейся за бюджетными учреждениями субъектов Российской Федерации и муниципальными бюджетными учреждениями по состоянию на 1 июля 2008 г., а также по пеням и штрафам, начисленным на сумму указанной задолженности»
- 58** Распоряжение правительства Российской Федерации от 13 августа 2009 года №1163-р
- 61** Комментарий Федерального фонда обязательного медицинского страхования к Распоряжению правительства Российской Федерации от 13 августа 2009 года №1163-р
- 62** Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 апреля 2009 года №195н «Об утверждении форм и порядка предоставления органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения и территориальными фондами обязательного медицинского страхования сведений, необходимых для направления в 2009 году средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования на увеличение дотаций бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования»
- 67** Информационное письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 27 мая 2009 года №2393/21-2/и «О направлении приказа Минздравсоцразвития России и разъяснениях по заполнению Сведений»
- 69** Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 20 августа 2009 года №191 «О Совете исполнительных директоров фондов ОМС»
- 73** Совместное письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 14 сентября 2009 года №01и-601/09 №4326/26-и «Об упорядочении системы контроля за проведением дополнительной диспансеризации»
- 75** Комментарий Федерального фонда обязательного медицинского страхования к совместному письму ФОМС и Росздравнадзора от 14 сентября 2009 года «Об упорядочении системы контроля за проведением дополнительной диспансеризации»
- 76** Письмо Федеральной налоговой службы от 16 сентября 2009 г. №ШС-22-3/717@ «О формах отчетности по ЕСН и страховым взносам за 2009 год и изменении законодательства с 01.01.2010 года»



Всероссийское совещание исполнительных директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования по вопросам одноканального финансирования медицинских учреждений через систему ОМС



Заседание совещания исполнительных директоров ТФОМС

9 сентября 2009 года в Тюмени состоялось Всероссийское совещание исполнительных директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования, посвященное вопросам одноканального финансирования медицинских учреждений через систему обязательного медицинского страхования (ОМС).

Суть одноканального финансирования пояснил открывший совещание председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования А.В. Юрин.

Если раньше средства на содержание медицинских учреждений поступали из раз-

ных источников и рассчитывались исходя из количества койко-мест или принятых врачом пациентов, то в новой схеме все финансовые потоки заключены в систему ОМС и медики получают деньги за реально оказанную помощь конкретному пациенту. Так гораздо проще контролировать и эффективность оказания медицинской помощи, и расходование денежных средств.

Не секрет, что сегодня качество медицинского обслуживания в России в целом оставляет желать лучшего, и продолжительность жизни у нас гораздо ниже, чем в других развитых странах. И это несмотря на то, что и количество

врачей, и длительность пребывания в стационарах пациентов в России превышает аналогичные показатели в европейских странах.

Новая практика стимулирует не только повышение качества лечения, но и развитие профилактического направления в медицинском обслуживании, когда участковый врач, например, материально заинтересован в том, чтобы его пациенты как можно реже прибегали к услугам скорой помощи и стационаров.

Тюменская область стала одной из первых в России, на практике внедривших систему одноканального финансирования, и уже добилась положительных результатов. «Благодаря внедрению новых организационных моделей здесь удалось повысить и качество медицинской помощи, и уровень зарплат медицинских работников», - отметил А.В. Юрин. — «Естественно, эта задача стоит перед всей отраслью здравоохранения Российской Федерации»*.

* Материалы совещания опубликованы на стр. 8–17

Семинар-совещание с директорами ТФОМС «Актуальные вопросы реформирования системы ОМС в Российской Федерации»

С 1 по 3 октября 2009 года в Москве состоялся семинар-совещание с директорами территориальных фондов ОМС, организованный Федеральным фондом обязательного медицинского страхования. С докладами, посвященными развитию системы обязательного медицинского страхования и здравоохранения в России, выступили представители Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Федерального и территориальных фондов ОМС, Пенсионного фонда РФ, научные деятели и представители экспертного сообщества.

Участники семинара обсудили вопросы реализации концепции развития здравоохранения в России до 2020 года, программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на 2010 год. На совещании были рассмотрены итоги реализации территориальных программ ОМС в прошлом году, опыт перехода на одноканальную систему финансирования здравоохранения, взаимодействие отделений Пенсионного фонда РФ и территориальных фондов ОМС в связи с переходом в 2010 году от уплаты единого социального налога к страховым взносам.

Как отметила заместитель министра здравоохранения и социального развития РФ



В президиуме семинара-совещания

В.И. Скворцова, в связи с глобальной реформой системы здравоохранения России, сегодня очень важна работа фондов обязательного медицинского страхования: «Россия – огромная по территории страна с очень большим населением и для успешной реализации реформ очень важно наличие эффективных рычагов управления на местах. В условиях, когда есть много источников финансирования отрасли здравоохранения, нужны механизмы гибкого перераспределения финансовых ресурсов. Это обеспечивает целостность страны, уравнивает права граждан на доступное и качественное медицинское обслуживание, независимо от того, в каком регионе они проживают. Система обязательного медицинского страхова-

ния должна быть отраслеобразующей системой, объединяющей все функции и механизмы здравоохранения».

Председатель Федерального фонда ОМС А.В. Юрин остановился на актуальных вопросах совершенствования деятельности системы ОМС и отметил что, самое главное в проекте бюджета ФФОМС на 2010 год – это сохранение на прежнем уровне дотаций территориальным фондам ОМС.

Общий объем дотаций в сумме 85,7 млрд. рублей, запланированный на этот год, сохранится и в следующем году. «В целом мы сохраним объем программы госгарантий в системе ОМС на текущем уровне», – отметил А.В. Юрин.

Предусмотрено, что с 2012 года 70% средств, которые на-

правляются в систему здравоохранения, будут поступать через систему ОМС. Сегодня уже есть регионы, которые приблизились к этому показателю, – это Тюменская и Нижегородская области, Пермский край, где практикуют очень интересные и современные подходы к организации системы здравоохранения. Но важен не только переход на

одноканальный принцип финансирования лечебных учреждений, но и переход на новые механизмы оплаты труда медицинских работников, когда оплата каждого законченного случая медицинской помощи осуществляется по факту её оказания. В первичном звене планируется ввести принцип подушевого финансирования, когда амбулатор-

но-поликлинические учреждения получают финансирование не за каждый отдельный прием пациента, а за всех прикрепленных граждан. Это должно создать стимулы для проведения большей профилактической работы с населением в первичном звене.*

* Материалы семинара-совещания опубликованы на стр. 24–41

Новые назначения в Федеральном фонде ОМС



Царева Ольга Владимировна назначена на должность начальника Управления модернизации системы ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования на основании Приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования №226-Л от 01.09.2009 г.

Царевой О.В. 34 года, в 1999 году окончила Российский Университет дружбы народов по специальности «Лечебное дело», врач, кандидат медицинских наук.

С 1999 по 2001 гг. – ординатор РУДН. С 2001 по 2004 гг. – аспирант кафедры глазных болезней РУДН. С 2004 по 2005 гг. – заместитель главного врача по клинко-экспертной работе городской поликлиники №213 ЮАО г. Москвы.

С 2005 г. работает в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования, в должностях консультанта, заместителя начальника Управления модернизации системы ОМС – начальника отдела анализа системы ОМС и сопровождения приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения Управления модернизации системы ОМС.



Габуева Лариса Аркадьевна освобождена от занимаемой должности начальника Управления модернизации системы ОМС ФОМС с 21.08. 2009 г. Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования №221-л от 21.08.2009 г. по собственному желанию.

В территориальных фондах ОМС Архангельской и Томской областей назначены новые руководители



Пономарёв Олег Анатольевич – назначен на должность исполнительного директора Архангельского областного фонда обязательного медицинского страхования Распоряжением губернатора Архангельской области от 15 июля 2009 года № 102-р.

Пономарёв О.А. 1969 г. р. В 1993 году окончил Архангельский государственный медицинский институт по специальности «лечебное дело».

С 1993 года работал врачом-ординатором, а с февраля 1998 года главным врачом Государственного учреждения здравоохранения «Архангельская областная клиническая психиатрическая больница».



Козлов Виктор Георгиевич – назначен на должность исполнительного директора ТФОМС Томской области Распоряжением администрации Томской области от 21.07.2009 г. №487-ра.

Козлов В.Г. 1960 г. р. В 1983 году окончил лечебный факультет Сибирского государственного медицинского университета, в 1998 году – экономический факультет Кемеровского государственного университета.

С 1990 по 1996 гг. – главный врач Тегульдетской центральной районной больницы. С 1996 по 2000 гг. – заместитель начальника организационно-аналитического отдела ОГУ «Томский территориальный фонд ОМС». В 2000 году – главный врач МЛПУ «Медико-санитарная часть «Строитель». С апреля 2004 года – начальник Управления фармации Томской области.



Всероссийское совещание исполнительных директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования



А.В. Юрин открывает совещание исполнительных директоров ТФОМС

9 сентября 2009 года в Тюмени состоялось Всероссийское совещание исполнительных директоров ТФОМС по вопросам одноканального финансирования медицинских учреждений через систему ОМС. В работе совещания приняли участие представители 27 территориальных фондов обязательного медицинского страхования. Основной целью мероприятия стало знакомство с пятилетним опытом работы Тюменской области в условиях одноканального финансирования учреждений здравоохранения.

Открыл совещание председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования А.В. Юрин, который отметил, что «место встречи» было оп-

ределено исходя из позитивной динамики показателей состояния системы здравоохранения Тюменской области, на практике внедрившей систему одноканального финансирования. С одной стороны,

отметил он, области удалось улучшить качество и доступность медицинской помощи. С другой – вывести уровень оплаты труда медицинских работников на более высокий уровень.

Объясняя прогрессивный и экономически и социально оправданный характер системы одноканального финансирования, А.В. Юрин подчеркнул, что в условиях, когда ФОМС работает в двойственной ситуации – система медицинского страхования соединена с бюджетным здравоохранением, – «создать конкурентную среду, при которой повышается качество медицинских услуг и расширяется выбор у пациента, невозможно». При одноканальном же финансировании возникает интерес к программе ОМС со стороны лечебно-профилактических учреждений. «Если деньги идут за клиентом, как при одноканальном финансировании, то работа с пациентом не в тягость, а в радость. За одноканальным финансированием, по нашему мнению, будущее, на эту систему расчетов должны перейти все регионы», – подытожил руководитель ФОМС.

Суть новой схемы, опробованной в Тюменской области, такова: если раньше средства на содержание медицинских учреждений поступали из разных источников и рассчитывались исходя из количества койко-мест или принятых врачом пациентов, то в новой схеме все финансовые потоки заключены в систему ОМС и медики получают деньги за реально оказанную помощь конкретному пациенту из одного источника – территориального фонда обязательного медицинского страхования. В созданный механизм финансирования включены только три участника: территориальный фонд ОМС, страховые медицинские организации и лечебно-профилактические учреждения. Так

гораздо проще контролировать и эффективность оказания медпомощи, и расходование денежных средств.

Участники совещания отметили, что в различных регионах практика реализации одноканального финансирования осуществляется с учетом специфики местных условий. Например, в Калининградской области внедрено одноканальное подушевое финансирование с полным фондодержанием первичного звена здравоохранения. В этом случае за медицинскую помощь – в том числе за консультации, госпитализацию – рассчитывается первичное звено здравоохранения, которое и является фондодержателем. Деньги от ОМС и фондодержателей проходят через страховые медицинские организации, которые выполняют роль оператора.

Ожидается, что новая практика неизбежно простимулирует не только повышение качества лечения, но и развитие профилактического направления в медицинском обслуживании, когда участковый врач, например, материально заинтересован в том, чтобы его пациенты как можно реже прибегали к услугам скорой помощи и стационаров.

Внедрение этой системы финансирования было поддержано администрацией Тюменской области, которая стремилась избежать зависимости финансирования учреждений здравоохранения от числа коек в стационарах, посещений в поликлиниках и создать позитивно влияющие организационные рыночные факторы, определяющие финансирование лечебного заведения.

В Тюменской области бюджетное финансирование ЛПУ осталось лишь там, где нельзя рассчитать единые тарифы. Это такие статьи расходов, как оплата услуг ЖКХ, проведение капитального ремонта. Всего же за период с 2001 года уровень финансирования по одноканальному принципу привел к росту доли финансирования по линии ОМС от 38 до 89%. Следует, правда, отметить, что в других регионах РФ, где также осуществляется переход на одноканальное финансирование, например, в Республике Татарстан, по этой схеме финансируются все статьи расходов, в том числе содержание лечебных учреждений, кроме приобретения оборудования и налоговых отчислений.

Возможность строгого контроля финансовых средств была высоко оценена руководителями ТФОМС ряда российских регионов. Так, исполнительный директор Фонда обязательного медицинского страхования Республики Татарстан И.Р. Низамов отметил, что «одноканальное финансирование позволяет централизовать средства, обеспечить контроль за их движением и стабилизировать финансирование лечебных учреждений. У нас бюджет здравоохранения складывается из средств трех уровней бюджета: республиканского, местного и средств ОМС. Поскольку учет ведется в одном месте, и мы, и Минздрав республики, и правительство региона знаем весь объем средств. Удобнее такая система и самим больницам – они знают объем средств, которые получают».

Характеризуя положительный эффект от введения одно-



ГЛПУ «Тюменская областная клиническая больница»

канальной системы финансирования через ТФОМС, заместитель губернатор Тюменской области Н.А. Шевчик подчеркнула, что «практика показала, что принцип одноканального финансирования – это не просто механизм расчетов, который может быть интересен только специалистам в экономической и финансовой сферах. Это один из элементов системы, позволяющий улучшить организацию, доступность и качество медицинской помощи».

Для реализации страхового принципа введено понятие законченного случая. Законченным случаем оказания медицинской помощи определен весь комплекс лечебно-диагностических и профилактических мер, оказанных застрахованному при обращении в медицинскую организацию по определен-

ному поводу и с определенным результатом.

В конечном итоге это дает оплату качественно оказанной медицинской помощи (от момента обращения пациента в медицинскую организацию до момента выздоровления или достижения ремиссии при хронических заболеваниях), т.е. реализацию страхового принципа оплаты медицинской помощи».

Оплата медицинской помощи осуществляется по тарифам, согласованным комиссией по Тарифному соглашению, – подчеркнула исполнительный директор ТФОМС Тюменской области Т.В. Чиряшева. Она особо отметила, что в условиях дневного стационара отдельно тарифицирован случай амбулаторной хирургии, а также законченный случай медицинской реабилитации после стационарного лече-

ния, что стало одним из механизмов экономического стимулирования развития данного перспективного направления в здравоохранении».

Реализация оплаты по законченному принципу вызвала явное уменьшение имевшихся ранее негативных явлений: необоснованное увеличение количества посещений, необоснованную длительность госпитализации, назначение излишних консультаций. Данный принцип позволил добиться сокращения временных затрат врача и пациента при оказании медицинской помощи. В итоге при уменьшении числа посещений количество пролеченных больных выросло. Кроме того, законченный случай стал тем экономическим стимулом, который подталкивает ЛПУ к развитию перспективных медицинских технологий и направлений.



Участники совещания посетили Тюменскую областную клиническую больницу

Одноканальный принцип позволяет осуществлять и финансирование тех мер социальной поддержки населения, которые реализуются через здравоохранение. Речь идет о льготном лекарственном обеспечении, зубопротезировании, обеспечении детей первого-второго года жизни питанием через систему «детских кухонь».

Введение одноканального финансирования должно осуществляться в регионе в рамках реформирования региональной системы здравоохранения. Анализ действий администраций регионов РФ, органов исполнительной власти показывает, что для реализации данного проекта на первом этапе необходимо принятие политического решения. Исполнительный директор ТФОМС Калининградской области В.Д. Анохин отметил,

что руководство Калининградской области издало целый комплекс разного рода распоряжений, благодаря чему стало возможно внедрение нового принципа финансирования лечебно-профилактических учреждений. Без таких решений ни один ТФОМС революций не сделает.

Заместитель губернатора Тюменской области Н.А. Шевчик обрисовала общую схему реформы следующим образом:

«Сегодня в системе ОМС области работает 99 организаций здравоохранения, в т.ч. 47 государственных (областных) учреждений; 24 муниципальных учреждения; 10 федеральных учреждений; 18 организаций иных организационно-правовых форм.

Предлагаемая реструктуризация системы здравоохранения предусматривает:

- процедуру изменения

формы собственности муниципальных учреждений здравоохранения (переход в государственную собственность Тюменской области);

- переименование муниципальных ЦРБ, переданных в государственную собственность Тюменской области, в государственные лечебно-профилактические учреждения (областные больницы);

- реорганизацию вновь образованных областных больниц в форме присоединения к ним участковых больниц, врачебных амбулаторий и фельдшерско-акушерских пунктов в пределах соответствующей территории в качестве филиалов или структурных подразделений;

- реорганизацию государственных специализированных лечебно-профилактических учреждений в форме присоединения к ним профиль-



Участники совещания знакомятся с принципом работы «электронной регистратуры»

ных учреждений, принятых из муниципальной собственности, в качестве филиалов.

Для реализации данной схемы заключается Соглашение между высшим органом исполнительной власти Тюменской области и муниципальными образованиями о взаимодействии при реализации полномочий по решению вопросов местного значения.

В результате реструктуризации сети организации здравоохранения первичную медпомощь будут оказывать территориальные больницы и ФАПы, квалифицированную – межтерриториальные зональные центры и специализированную – областные спе-

циализированные ЛПУ».

В Тюмени данная схема была воплощена на практике. Первым шагом реструктуризации системы здравоохранения стало изменение статуса центральных районных больниц. Они получили статус областных и перешли в подчинение областного департамента здравоохранения. Это позволило разделить организацию медицинской помощи на этапы, обеспечило её преемственность и создало условия для ведения единой политики в отрасли.

Кроме того, в единый комплекс с ЦРБ объединены фельдшерско-акушерские пункты и участковые больни-

цы. Это гарантирует скорую медицинскую помощь населению и первичную медико-санитарную помощь женщинам в период беременности, во время и после родов. Для оказания специализированной помощи были созданы три межрайонных центра, что позволило жителям сельской местности получать такую же медпомощь, что и горожанам. Финансовая составляющая в данном случае обеспечивается уже не бюджетом района, а единой областной программой госгарантий.

В Тюменской области были разработаны и региональные стандарты, которые позволили гарантировать проведе-

ние необходимых диагностических исследований и лечения при получении медицинской помощи в рамках свободного обращения полиса ОМС, унифицировали расчеты стоимости медицинской помощи и тарифов, упростили процедуры медико-экономической экспертизы. Стандарты разработаны на основании отраслевых стандартов и протоколов ведения больных, утвержденных или рекомендованных Минздравсоцразвития России, и содержат перечень медицинских услуг, входящих в территориальную программу государственных гарантий обеспечения бесплатной медицинской помощью.

Стандарты позволяют обеспечить:

- гарантированность необходимых диагностических исследований и лечения при получении медицинской помощи в рамках свободного обращения полиса ОМС;

- унификацию расчетов стоимости медицинской помощи и тарифов на медицинские услуги;

- упрощение процедуры медико-экономической экспертизы».

«Главное, чего удалось достичь при переходе на отраслевую оплату труда, - отметил директор департамента здравоохранения Тюменской области А.Ю. Кудряков, - это повышение зарплаты всех медицинских работников - от санитарок до главврачей - при одновременном снижении необоснованных затрат. К 2008 году средняя заработная плата работников отрасли увеличилась относительно уровня 2004 года в 2,7 раза, в том числе у врачей и среднего медперсонала - в 2,7 раза, у младше-

го медицинского персонала - в 3,2 раза».

Теперь, когда доходы врача напрямую зависят от его усилий, получили стимул и молодые специалисты, которые при ЕТС могли рассчитывать на самый низкий разряд, поэтому здравоохранение теряло выпускников медицинских вузов.

Цели единой тарифной политики:

- стабильное финансовое обеспечение предоставления медицинских услуг населению в рамках программы ОМС преимущественно по законченному случаю;

- создание условий для оптимального использования материально-технических и трудовых ресурсов системы здравоохранения, развития ресурсосберегающих технологий;

- формирование мотивации к выравниванию стоимости одинаковых медицинских услуг, оказываемых в рамках ОМС, независимо от места оказания;

- оптимальное выравнивание объема государственного задания между видами (профилями) медицинской помощи таким образом, чтобы:

- удовлетворить потребности населения в конкретных видах медицинской помощи;

- обеспечить надлежащую загруженность медицинских организаций при условии формирования оптимальной внутренней структуры;

- минимизировать оказание «рутинных» видов медицинской помощи в специализированных клиниках.

- адекватное отражение в тарифе стоимости медицинских услуг различной степени затратности внутри вида (про-

филя) медицинской помощи в соответствии с фактически сложившимися клинико-статистическими группами;

- создание условий для развития приоритетных направлений медицинской помощи (профилактическое и т.п.).

Коэффициент совместительства снизился почти до единицы, ушли в прошлое необоснованные вакансии. Участникам совещания рассказали, что когда в 2004 году в Тюмени начинали проводить реформы, штатных единиц в больницах было на тридцать процентов больше, чем имеющих физическое лицо. Подобная зависимость объяснялась просто: чем больше штат лечебного учреждения, тем больше денег оно получало из бюджета. Так было, пока штатное расписание не поставили в зависимость от объема государственного заказа на оказание медицинской помощи населению.

Согласно новой системе фондом оплаты труда распоряжается главный врач, а не департамент. Главные врачи получили право самостоятельно устанавливать размеры заработной платы, объем социального пакета и само штатное расписание. У руководителя появилась реальная возможность принимать на работу классных и продуктивных специалистов, платить им хорошую зарплату.

Однако данный принцип не дает возможности главврачам выходить за здоровые границы своих полномочий - функциональные обязанности каждого прописаны, и оценка труда идет по их выполнению, а также по четко прописанным и зафиксированным критериям. Это в полной мере относится и к оценке деятельности само-

Внедрение единообразных подходов к системе оплаты труда в медицинских организациях, работающих в системе ОМС:

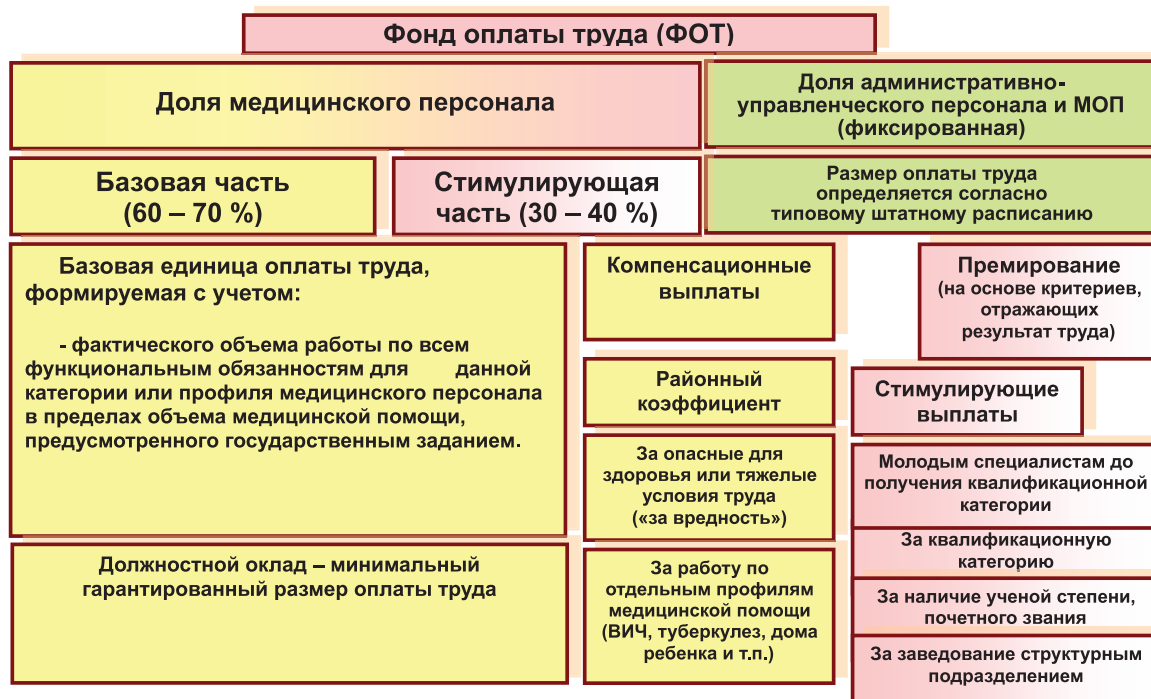


Рисунок 1

го руководителя учреждения здравоохранения. Главный врач несет полную ответственность за формирование подходов к начислению, своевременность и полноту выплаты заработной платы работникам учреждения.

Разработаны и доведены до учреждений методические рекомендации «Критерии оценки эффективности деятельности медицинского персонала амбулаторно-поликлинических учреждений», в которых дается характеристика критериев и индикаторов качества медицинской помощи для осуществления введения выплат стимулирующего характера, направленных на стимулирование медицинского персонала к качественному ре-

зультату труда, а также поощрение за выполненную работу. Критерии разработаны для всех категорий работников амбулаторно-поликлинических учреждений, включая средний медицинский персонал. (Рисунок 1)

Подводя промежуточный итог, нужно подчеркнуть, что, в целом отраслевая система оплаты труда предполагает:

- формирование фонда оплаты труда медицинского учреждения в зависимости от государственного (муниципального) заказа объема медицинской помощи;

- сокращение незаполненных и необоснованных вакансий, снижение коэффициента совместительства;

- повышение роли стиму-

лирующих выплат в системе оплаты труда, учет индивидуального вклада в результаты профессиональной деятельности;

- снижение зависимости размера заработной платы молодых специалистов от длительности стажа работы;

- стимулирование профессионального роста;

- заинтересованность в повышении интенсивности медицинской помощи, в расширении перечня медицинских услуг.

Директор Департамента здравоохранения Тюменской области А.Ю. Кудряков отметил, что в настоящее время существуют все необходимые законодательные условия для обеспечения перехода на но-

Наименование Организации здравоохранения: _____
Отчетный период: с _____ по _____
ФИО пациента: _____
Дата рождения: _____
Наименование страховой медицинской организации: _____
Страховой полис: серия _____ № _____

Стоимость лечения (тариф) _____

Оказанные медицинские услуги:
Специальность врача (полностью)/Код специальности _____
Даты посещений, УЕТ (для поликлиники)* Период нахождения пациента в стационаре**
Качеством оказанной медицинской услуги удовлетворен
(да/нет) _____ Подпись пациента _____

Особое мнение пациента: _____

Примечание для сведения медицинских организаций:

* для поликлиники единицей измерения является законченный случай (где указываются все даты посещений),
врачебный прием (указывается дата), УЕТ (указываются даты посещений).

** для стационара единицей измерения является законченный случай (где указывается период с ____ по ____), а
также койко-дни (где даты указываются через запятую)

Рисунок 2. Учётный листок

вую систему оплаты труда. Нормативное регулирование оплаты труда в Российской Федерации осуществляется в рамках разграничения полномочий между органами власти.

В соответствии с Федеральным законом № 184-ФЗ от 06.10.1999 расходы бюджета субъекта Российской Федерации исчисляются на основании следующего принципа: «...Органы государственной власти субъекта Российской Федерации самостоятельно определяют размеры и условия оплаты труда работников государственных учреждений субъекта Российской Федерации». В соответствии с Федеральным законом № 131-ФЗ от 06.10.2003, «...Органы местного самоуправления самосто-

ятельно определяют размеры и условия оплаты труда ... работников муниципальных предприятий и учреждений...».

На основании федерального законодательства принято Распоряжение администрации Тюменской области от 06.12.2004 №1114-рк «О порядке кассового исполнения расходов и системе оплаты труда в государственных учреждениях Тюменской области».

В соответствии с указанным распоряжением с 1 апреля 2005 года в организациях здравоохранения введена отраслевая система оплаты и стимулирования труда, ориентированная на оценку эффективности и результативности работы сотрудников лечебно-профилактических учрежде-

ний, стимулирование труда работников с учетом объема и качества оказанной медицинской помощи.

Участники совещания также особо отметили, что новая система финансирования здравоохранения предусматривает и реально действующую организацию обратной связи с пациентами. В Тюменской области, например, были введены специальные учетные листки, в которых пациент может оценить действия медицинского специалиста по специальной шкале. Как сообщила исполнительный директор ТФОМС Тюменской области Т.В. Чирятьева, «при отрицательной оценке поликлиника не получает денег за этого пациента». (Рисунок 2)

Позитивные изменения по линии взаимоотношений «ЛПУ-пациент» были отмечены многими участниками совещания. Исполнительный директор ТФОМС Калининградской области В.Д. Анохин сообщил, что «экспертизу качества медицинской помощи стали проводить и в отношении амбулаторно-поликлинической помощи, чего не было раньше. В 2008 году было проведено почти 48 тысяч экспертиз. Анализируя итоги преобразований, мы обнаружили сближение мотиваций ЛПУ и пациента: медицинское учреждение тоже стало ориентироваться на сохранение здоровья населения».

Безусловно, существуют и проблемные вопросы, требующие решения. Дело в том, что единая тарифная политика не в полной мере учитывает разнородность имущественных комплексов ЛПУ (количество и состояние зданий и сооружений, коммунальной инфраструктуры, видов энергоисточников) и величину соответствующих затрат. Затрудняет работу и несовершенство методологических подходов при формировании государственного задания на оказание бесплатной медицинской помощи в таких вопросах, как определение нормативов объема и стоимости медицинской помощи (зависимость от обращаемости в медицинские учреждения, а не от потребности в медицинской помощи), а также оценка объективной потребности населения в объемах медицинской помощи.

Характеризуя встречающиеся на пути реализации реформы трудности, Заместитель гу-

бернатора Тюменской области Н.А. Шевчик подчеркнула, что «инерционность административно-управленческого звена в подходах к механизму определения объемов и стоимости медицинской помощи в рамках государственного задания на оказание бесплатной медицинской помощи влечет за собой сохранение стереотипа планирования потребности в трудовых ресурсах и объемов труда медицинского персонала по временному принципу, а не от объема медицинских услуг; недостаточную эффективность экономического анализа и прогнозирования в сфере здравоохранения, зависимость от требований бухгалтерской отчетности; субъективизм в отношении отдельных организаций здравоохранения; недостаточную эффективность администрирования финансовых потоков в системе ОМС». Н.А. Шевчик также отметила недостаточную прозрачность для населения программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи и иных нормативных документов в сфере здравоохранения, а также проблему отвлечения средств отрасли «здравоохранение» от финансирования медицинской помощи в рамках действующей системы ОМС.

Участники совещания обменялись также опытом по вопросам обеспечения системы финансирования. Так, исполнительный директор фонда ОМС Республики Татарстан И.Р. Низамов отметил, что Программа государственных гарантий в республике разделена на две части: одна – пять статей чисто ОМС, как и полагается по закону, вторая –

социальные виды помощи. Местные бюджеты отчисляют средства на счет фонда ОМС. Программа госгарантий в республике формируется на 50 процентов – это 10 млрд. рублей – из средств местных бюджетов и на 50 – из средств ОМС, еще 10 миллиардов.

Особое внимание было уделено формированию базы данных по застрахованному населению. В.Д. Анохин отметил, что «в основу формирования базы был положен принцип: работающий человек всегда застрахован в системе ОМС. Если в стационар или в амбулаторно-поликлиническое учреждение попадает человек без полиса, работники ТФОМС помогают его идентифицировать, используя имеющуюся базу данных».

Подводя итог, участники совещания наметили главные пути решения существующих проблем:

- выведение затрат на коммунальные платежи и капитальный ремонт за рамки одноканального финансирования;

- реализация программ развития материально-технической базы отрасли здравоохранения;

- совершенствование процедуры и критериев отбора страховых медицинских организаций для работы в системе ОМС (учет положительного опыта работы, платежеспособности, добросовестности);

- применение различных методов изучения потребности населения в медицинской помощи:

- развитие системы персонализированного учета объемов оказанной медицинской помощи;

- раздельный учет лиц, обратившихся за медицинской помощью, и лиц, обратившихся за продлением рецепта, оформлением справок и т.п.;
- по результатам диспансеризации (прогнозирование потребности).
- повышение уровня подготовки административно-управленческих кадров системы здравоохранения всех уровней по вопросам организации медицинской помощи применительно к современным требованиям, переориентация их функционала с контрольно-ревизионного направления преимущественно на организационно-методическое сопровождение;
- корректировка требований по формированию и использованию страховых резервов системы ОМС в целях вовлечения этих средств в финансирование медицинской помощи;
- Изложение территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в редакции, позволяющей применять ее как базовый документ нормативного и просветительского назначения:
- в полном объеме отражающий права граждан и обязанности медицинских организаций при предоставлении медицинской помощи;
- доступный для понимания населением и медицинскими работниками.
- изменение приоритетов в деятельности территориальных фондов ОМС и страховых медицинских организаций.

Для территориальных ФОМС это:

- организационно-методическое сопровождение работы страховых медицинских организаций и лечебно-профилактических учреждений в условиях одноканального финансирования;
- анализ эффективности и совершенствование финансово-экономического механизма оплаты медицинской помощи и тарифной политики, выравнивание финансовых условий работы лечебно-профилактических учреждений;
- общий контроль за целевым использованием средств ОМС.

Для страховых медицинских организаций это:

- текущий контроль объема и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках обязательного медицинского страхования;
- проведение текущих проверок лечебно-профилактических учреждений;
- использование собственных средств для выполнения страховых обязательств по оплате медицинской помощи при возникновении финансовых рисков;
- участие в формировании и реализации совместных социальных программ и проектов, в том числе за счет доходов от инвестирования средств страховых резервов.

В течение сентября тема перехода на одноканальное финансирование как элемент реформирования здравоохранения в регионах РФ получила дальнейшее развитие и отражение в СМИ. Во второй де-

каде месяца прошла информация о том, что система здравоохранения Челябинской области будет реорганизована – в регионе планируется сформировать новую структуру оказания медицинской помощи. В рамках реализации стратегического плана также будет осуществлен переход на одноканальную систему финансирования медпомощи (сегодняшняя двухканальная система финансирования – из средств ФОМС и бюджета – препятствует привлечению в систему здравоохранения негосударственных инвестиций). По новой схеме лечебные учреждения будут получать средства ФОМС не только по пяти статьям затрат, но и на оплату коммунальных услуг, ремонты, содержание медицинского оборудования. В качестве пилотного проекта с 1 октября переходят на одноканальную систему финансирования все лечебные учреждения Челябинска. Все деньги будут проходить через муниципальное казначейство.

О планах по переходу на одноканальное финансирование публично объявили также в Ульяновской, Кировской областях и – на уровне отдаленной перспективы – в Приморском крае. В этих и других регионах ожидают получения массовых результатов от проведения эксперимента в «пилотных» регионах, поскольку в настоящий момент некоторое неприятие вызвано вопросами, связанными с дефицитом регионального бюджета.



Т.В. Чирятьева

Территориальный фонд ОМС Тюменской области

Опыт работы Тюменской области в условиях одноканального финансирования медицинских организаций через систему ОМС



Т.В. Чирятьева

Исполнительный директор ТФОМС Тюменской области

Здравоохранение в настоящее время занимает одно из первых мест среди приоритетных направлений развития нашего государства, определенных Президентом Российской Федерации Д.А. Медведевым. В ходе реализации «пилотного» проекта в сфере здравоохранения и приоритетного национального проекта «Здоровье» стало очевидно,

что обеспечение гарантированного права граждан на получение качественной медицинской помощи является одной из важнейших задач государства на современном этапе.

Целями введения нового финансового механизма стало – исполнение решений правительства Российской Федерации по оптимизации государственных расходов, а также создание

действенного механизма, обеспечивающего конституционное право граждан на получение доступной, бесплатной медицинской помощи, гарантированного объема и качества за счет государственных средств. Новый финансо-

вый механизм позволил оценить эффективность использования государственных ресурсов.

В рамках реализации приоритетного национального проекта и пилотного проекта основными задачами модер-

низации системы здравоохранения и обязательного медицинского страхования являются повышение доступности, качества и эффективности медицинской помощи, направленной на сохранение и укрепление здоровья населения страны.

Одним из основных направлений реализации «пилотного» проекта является перевод медицинских организаций на систему преимущественно одноканального финансирования. Вне сомнения, внедрение одноканального финансирования в жизнь продиктовано временем и является показателем прогрессивного развития системы здравоохранения. Тюменская область стала первой в Российской Федерации, где был запущен данный механизм в действие. На территории Тюменской области преимущественно одноканальное финансирование лечебных учреждений внедрено с 2005 года. Путь к сегодняшней, уже сформированной системе одноканального финансирования в Тюменской области был достаточно сложен, приходилось преодолевать множество барьеров, начиная с законодательного закрепления основных положений функционирования системы здравоохранения. Реализация принципа одноканального финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования в Тюменской области потребовала внесения изменений в организацию деятельности областной системы здравоохранения в целом и системы обязательного медицинского страхования в частности.

Реформирование финансово – экономического механиз-



↑
Обследование на магнитно-резонансном томографе
В Тюменской областной клинической больнице.
↓
В рентгенологическом кабинете





Рисунок 1

ма отрасли было обеспечено путем реализации принципов «одноканального» финансирования: «деньги следуют за пациентом», т.е. оплата фактически выполненного объема медицинских услуг и «свободное хождение полиса ОМС», подразумевающее оплату всех основных гарантированных видов медицинской помощи на основе единой тарифной политики, гарантированного стандартизованного объема медицинских услуг и создание равных финансовых возможностей медицинским организациям, «ресурсосбережение» - финансовое обеспечение всех статей расходов медицинских организаций за исключением капитального ремонта и коммунальных услуг.

С целью реализации одноканального финансирования была сформирована модель движения финансовых

средств в системе обязательного медицинского страхования, предусматривающая финансирование всех видов медицинской помощи по страховому принципу.

Схема администрирования оплаты медицинской помощи при одноканальном финансировании в системе ОМС Тюменской области имеет свои особенности. Так, в отличие от классической, ТФОМС Тюменской области не только аккумулирует в своем бюджете финансовые средства на оплату медицинской помощи в регионе, но и является гарантом оперативного администрирования и эффективного контроля за своевременным и рациональным направлением финансовых средств в медицинские организации. При данном подходе осуществляется минимизация рисков по отвлечению и неэффективному использова-

нию финансовых средств территориальной программы, отсутствуют коммерческие контрагенты в кассовых расчетах с медицинскими организациями. Это позволяет обеспечивать финансовую стабильность системы благодаря возможности ежедневного мониторинга консолидированных финансовых потоков в медицинские организации по счетам-поручениям всех страховщиков в условиях одноканального финансирования, актуализировать оценки экономической деятельности медицинских организаций для принятия своевременных управленческих решений совместно с департаментом здравоохранения.

При высокой финансовой зависимости медицинской организации от полного тарифа, в который включены все статьи затрат, возникает необходимость особого внимания к

**Тарифное соглашение на оплату медицинских услуг и
реализацию мероприятий по программе ОМС на
территории Тюменской области**

**Оплата медицинской помощи по законченному
случаю лечения**

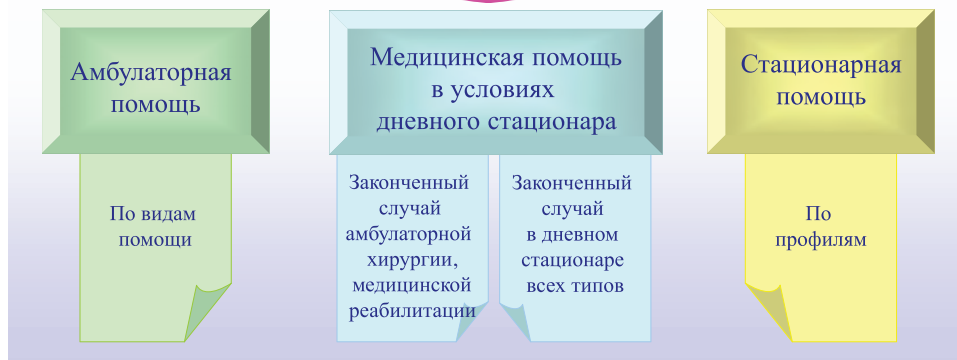


Рисунок 2

таким социальным приоритетам, как финансовая устойчивость обеспечения лечебного процесса и своевременная оплата труда работников медицинских организаций. (Рисунок 1)

Эти задачи решаются посредством выстроенной схемы взаиморасчетов в системе ОМС Тюменской области.

Реализация страхового принципа оплаты медицинской помощи в условиях «деньги следуют за пациентом», т.е. оплата фактически выполненного объема медицинских услуг потребовала введения понятия «законченного случая оказания медицинской помощи», как в амбулаторно-поликлинических условиях, так и в стационаре. (Рисунок 2)

Под законченным случаем оказания медицинской помощи определен весь комплекс лечебно-диагностических и

профилактических мероприятий, выполненных застрахованному при обращении в медицинскую организацию по определенному поводу и с определенным результатом.

В принцип оплаты по законченному случаю заложены механизмы, стимулирующие медицинскую организацию на системную оптимизацию своей работы, включающую повышение организационной и медико-технологической эффективности предоставления медицинских услуг, повышение качества и результативности оказанной помощи, широкое применение ресурсосберегающих технологий. (Рисунок 3)

Страховой принцип финансирования распространяется и на социально значимые виды медицинской помощи, что дает возможность усилить контроль за расходованием средств в таких сферах, как

фтизиатрия, наркология, психиатрическая помощь, лечение и профилактика ВИЧ-СПИДа и венерических заболеваний.

Введение одноканального финансирования позволило вести по этой же схеме и финансирование областных программ, в том числе по мерам социальной поддержки (лекарственное обеспечение, специальные продукты молочного питания, льготное зубопротезирование, слухопротезирование и глазопротезирование), а также оказание высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи.

Изменения в отрасли не только способствовали формированию конкурентной среды, но и позволили реализовать пациентам гарантированное законом право на выбор медицинской организации, в которой ему будет ока-

Цель введения оплаты по законченному случаю

Оплата качественно оказанной медицинской помощи
(от момента обращения пациента в медицинскую организацию до момента выздоровления или достижения ремиссии при хронических заболеваниях), т.е. **реализация страхового принципа оплаты медицинской помощи.**

Приоритетное финансирование наиболее эффективных и необходимых медицинских методик, направленных на снижение смертности и инвалидности

Обеспечение максимально качественного медицинского обслуживания

Исключение необоснованного роста врачебных посещений и направления пациента к специалистам смежной специальности

Исключение способов необоснованного наращивания ассигнований медицинскими учреждениями

Рисунок 3

Методика расчета тарифа

Экономический анализ расходов медицинских организаций

Статистический анализ объемов медицинских услуг по сформированным клинико-статистическим группам

Финансовые ассигнования на выполнение территориальной программы ОМС

Стандарты оказания медицинской помощи

1) Приближение тарифов к усредненному показателю стоимости законченного случая в рамках применяемого стандарта медицинской помощи.

2) Появление необходимого количества тарифов, отражающих реальную стоимость медицинской помощи в рамках применяемого стандарта по клинико-статистическим группам.

3) Возможность выбора при наличии равно эффективных по медицинским критериям вариантов медицинской помощи более экономичного.

Тариф

Единый

Полный

Достоверный

Рисунок 4

Эффективность системы здравоохранения в условиях «одноканального» финансирования



Рисунок 5

зана медицинская помощь. Реализация принципа «свободного хождения» полиса обязательного медицинского страхования позволило пациенту обращаться в любую медицинскую организацию и получать гарантированный объем медицинской помощи.

В целях эффективного использования имеющихся ресурсов с 2007 года введена в действие единая тарифная политика.

Методика расчета тарифов определяет единый механизм формирования тарифов на медицинские услуги по обязательному медицинскому страхованию с целью обеспечения анализа выполнения программы ОМС и обобщения экономических и статистических показателей работы медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования Тюменской области и включает основные

принципы формирования единого полного по всем статьям затрат и достоверного тарифа. (Рисунок 4)

Практика показала, что принцип одноканального финансирования – это не просто механизм расчетов, позволяющий эффективно расходовать государственные средства, а это один из элементов системы, позволяющей улучшить организацию здравоохранения, доступность и качество медицинской помощи.

Система одноканального финансирования в конечном итоге показала свою эффективность: удалось стабилизировать общую заболеваемость и смертность населения, сни-

зить материнскую и младенческую смертность, улучшить доступность специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи населению. (Рисунок 5)

В текущем году сделано немало, и главной целью совместной работы правительства Тюменской области, департамента здравоохранения и ТФОМС остается поддержание и укрепление здоровья жителей области.



Семинар-совещание с директорами территориальных фондов ОМС «Актуальные вопросы реформирования системы ОМС в Российской Федерации»



А.В. Юрин открывает семинар-совещание с директорами ТФОМС

1-3 октября 2009 года в Москве состоялся семинар-совещание с директорами территориальных фондов обязательного медицинского страхования «Актуальные вопросы реформирования системы ОМС в Российской Федерации». В его работе приняли участие представители Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Федерального и территориальных фондов ОМС, Пенсионного фонда РФ, ученые и представители экспертного сообщества.

Состояние системы здравоохранения, обеспечения населения лекарственными средствами и уровень оказания медицинских услуг последние месяцы находятся под пристальным вниманием Председателя Правительства РФ В.В. Путина. Во время работы семинара, 2 октября, на заседании Президиума Пра-

вительства премьер объявил о подписании Постановления от 02.10.2009 г. №811 «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2010 год». «Дополнительно в программу включены положения, позволяющие регионам более активно проводить структурные преобразо-

вания в здравоохранении, включая развитие амбулаторной помощи и введение одноканального финансирования медицинских организаций на основе экономически обоснованных тарифов», - отметил В.В. Путин.

В проекте бюджета на 2010 год, продолжил премьер, расходы по основным медицинским программам сохранены

на уровне этого года, а по некоторым направлениям финансирование даже увеличено. «Не будут сокращены и дотации регионам на обязательное медицинское страхование», - подчеркнул В.В. Путин. Глава Правительства РФ выразил надежду, что со своей стороны субъекты РФ также обеспечат безусловное выполнение своих обязательств «в столь чувствительной для людей сфере».

Бюджет 2010

Можно со всей уверенностью сказать, что «чувствительным» для участников семинара стал каждый вопрос, который выносился на рассмотрение и обсуждение. Вопросы качества медицинской помощи, итоги выполнения территориальных программ ОМС в прошлом году, опыт перехода на одноканальную систему финансирования здравоохранения, взаимодействие отделений Пенсионного фонда РФ и территориальных фондов ОМС в связи с переходом в 2010 г. от уплаты ЕСН к страховым взносам, а еще проблемы реализации концепции развития здравоохранения в России до 2020 г. и Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на 2010 г., – все эти темы горячо обсуждались участниками и в зале заседаний, и в кулуарах.

Но самым главным вопросом, волновавшим представителей территориальных ФОМС, был вопрос финансирования.

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования А.В. Юрин, открывая совеща-

ние, отметил, что существующая в нашей стране 15 лет система обязательного медицинского страхования доказала свою жизнеспособность и необходимость. За эти годы ее ресурс существенно увеличился, и в 2008 г. составил 539 млрд руб. «Система ОМС создавалась как автономная, призванная обеспечить предоставление бесплатной медицинской помощи населению, со своими источниками доходов и направлениями расходов, - подчеркнул он. - Около половины ее доходов составляют налоговые платежи (251 млрд руб.), платежи за неработающее население - 178 млрд руб.»

Говоря о количестве средств, приходящихся на одного жителя РФ, А.В. Юрин заметил, что «сейчас на одного жителя страны приходится 2996 руб. из средств ОМС в год. По сравнению с 641 руб. в 2001 г. есть безусловный прогресс, но, в то же время, это не тот объем финансирования, который позволяет решить многие задачи, стоящие перед здравоохранением на современном этапе».

А.В. Юрин:

«Мы рассчитываем, что те 3 тысячи рублей на человека в год, которые сегодня наполняют систему ОМС, к 2012 году вырастут до 6 тысяч рублей».

Глава ФОМС отметил большую роль, которую сыграло Правительство РФ в деле развития ФОМС, особенно в непростых финансово-экономических условиях сегодняшнего дня. «В текущем году система ОМС пережила серьезные испытания, связанные с экономическими труд-

ностями, которые сказались на ее доходах. Но благодаря своевременно принятым решениям Правительства РФ по оказанию финансовой поддержки Федеральному Фонду ОМС все территориальные фонды получают предусмотренные Федеральным законом о бюджете ФОМС дотации». Кроме того, территориальные фонды получают из федерального бюджета компенсацию в связи с сокращением их доходов. Все эти важные шаги направлены на то, чтобы не снижать социальные гарантии гражданам России.

А.В. Юрин:

«Самое главное в проекте бюджета Федерального фонда ОМС на 2010 год – это неснижение дотаций территориальным фондам ОМС. То есть объем дотаций в размере 85,7 млрд. рублей, запланированный на этот год, сохранится и в следующем году. В целом мы сохраним объем программы госгарантий в системе ОМС на текущем уровне, то есть в размере 450-480 млрд. рублей. И на это же мы настраиваем территориальные фонды ОМС».

Отвечая на самый важный для участников семинара (и присутствовавших на нем представителей СМИ) вопрос о бюджете-2010, А.В. Юрин сказал следующее:

- Бюджет будущего года формируется в условиях экономических сложностей, но при этом дотации ТФОМС не будут снижены, они сохраняются на уровне этого года - 85, 7 млрд. руб. На такой же подход мы настраиваем и субъекты РФ. В Программе госгарантий



В зале заседания

оказания бесплатной медицинской помощи содержится требование о том, что платежи за неработающее население в 2010 г. не должны быть ниже уровня 2009 г. Это позволит сохранить объем Программы госгарантий на текущем уровне».

Во время обсуждения вопросов, связанных с финансированием ТФОМС и распределением средств, А.В. Юрин обратил внимание на разницу в суммах, перечисляемых региональными бюджетами в фонды ОМС, и зачастую привязываемую к этому проблеме платежей за неработающее население. «Корни этого явления лежат в той экономической дифференциации, которая объективно сложилась в нашей стране. Сегодня 60% налоговых поступлений обеспечивают 10% субъектов РФ.

Задача системы ОМС - максимальное выравнивание возможностей гражданина к получению качественной бесплатной медицинской помощи на всей территории России. С 2011 г. страховой тариф увеличивается с 3, 1 до 5, 1%, что позволит более эффективно осуществлять выравнивание между субъектами РФ. Это путь к обеспечению конституционных прав граждан, который мы должны реализовывать», — подчеркнул А.В.Юрин.

А.В. Юрин:

«Сегодня 60% налогового потенциала страны обеспечивают всего 10 субъектов Российской Федерации, в которых сосредоточены основные производительные силы. Этим обусловлена экономическая дифферен-

циация между разными регионами. Такие диспропорции в экономической базе определяют и финансовые возможности субъектов РФ по реализации своих обязательств.

Задача системы ОМС как раз — максимальное выравнивание возможностей гражданина в получении качественной медицинской помощи на всей территории Российской Федерации. Так, с 2011 года увеличивается страховой тариф, что позволит в большей степени осуществить выравнивание между субъектами федерации. Это и есть тот путь к обеспечению конституционных прав граждан, по которому мы должны идти.

Выступая с обсуждением этой проблемы, исполнитель-

ный директор Республиканского фонда ОМС «Дагестан» И.Ш. Исмаилов отметил, что в разных территориях по разным подушевым нормативам предусматривались из бюджетов субъектов расходы на обязательное медицинское страхование неработающего населения, которые вместе со страховыми взносами работодателей в среднем на 44% покрывают потребности в полноценном финансировании объема медицинской помощи застрахованным гражданам Российской Федерации. А в Дагестане и того меньше, всего лишь 34 %, да не только в Дагестане, такая картина характерна для многих субъектов с дотационными бюджетами. И.Ш. Исмаилов предложил законодательно установить «на федеральном уровне единый для всех субъектов размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающих граждан за счет бюджетов субъектов с учетом поправочных коэффициентов с необходимостью четко определить критерии понятий «работающий и неработающий» застрахованный в системе ОМС».

Модернизация системы здравоохранения

С анализом ситуации в здравоохранении России и задачами по его модернизации перед участниками семинара выступила заместитель министра здравоохранения и социального развития РФ В.И. Скворцова. Она обозначила два приоритетных направления работы министерства - сохранение здоровья населения и оказание качественной доступной медицинской помощи. В основе работы по данным направлениям



**Заместитель министра
здравоохранения
и социального
развития РФ
В.И. Скворцова**

лежит первичная профилактика, направленная на снижение заболеваемости и смертности населения. Для этого создаются центры здоровья из расчета один центр на 200 тыс. населения, которые будут работать в системе ОМС независимо от места расположения - в поликлиниках или учреждениях, пока не включенных в систему ОМС.

Кроме того, существенно изменится Программа государственных гарантий, будет жестко определен минимальный подушевой норматив финансирования с индексацией по возрасту. Основой доступности и качества медицинской помощи станет стандартизация. Сегодня активно идет работа над экономически просчитанными стандартами и порядками оказания медицинской помощи. Совокупность стандартов и станет в итоге Программой госгарантий бесплатной медицинской помощи.

По словам замминистра, в связи с глобальной реформой системы здравоохранения России сегодня очень важна работа фондов обязательного медицинского страхования. «Россия - огромная по территории страна с очень большим населением, и для успешной

реализации реформ очень важно наличие эффективных рычагов управления на местах. В условиях, когда существует много источников финансирования отрасли здравоохранения, нужны механизмы гибкого перераспределения финансовых ресурсов.

Это обеспечивает целостность страны, уравнивает права граждан на доступное и качественное медицинское обслуживание, независимо от того, в каком регионе они проживают. Система обязательного медицинского страхования должна быть отраслеобразующей системой, объединяющей все функции и механизмы здравоохранения», - подчеркнула заместитель министра.

Большой интерес участников семинара вызвала информация о практическом опыте по модернизации системы здравоохранения в регионах России. Так, исполнительный директор Пермского краевого фонда ОМС В.В. Бабин подчеркнул, что для региона главным стало «построение конкурентной модели здравоохранения, обеспечивающей наряду с эффективным, экономным расходованием финансовых средств повышение до-

ступности медицинской помощи и качества услуги».

В качестве приоритетных направлений развития регионального здравоохранения в Пермском крае были определены:

1. Проведение конкурсных процедур по размещению государственного и муниципального заказа в целях отбора наиболее эффективных организаций в рамках территориальной программы государственной гарантии.

2. Формирование мотивации медицинских организаций и медицинских работников на повышение здоровья обслуживаемого населения (это направление реализуется в рамках проекта фондодержания поликлиник).

3. Создание условий для формирования рынка поставщиков медицинских услуг в системе ОМС.

По первому направлению была выбрана система аутсорсинга. Выбор был обусловлен еще и тем, отметил В.В.Бабин, что аутсорсинг не требует изменения существующей нормативно-правовой базы и возможен при любой финансовой схеме.

Критерием отбора поставщика является цена при согласованных параметрах услуги.

Следует отметить, что первоначально решался вопрос по непрофильным услугам, в дальнейшем на аутсорсинг были выведены услуги в рамках основной деятельности медицинских учреждений. Появление возможности покупки этих услуг облегчает создание и функционирование частных медицинских организаций.

В.В. Бабин обратил внимание участников семинара на



Исполнительный директор Пермского краевого фонда ОМС
В.В. Бабин

то, что благодаря использованию данного механизма за последние 3 года объем размещаемых услуг по краевому сектору здравоохранения вырос со 170 млн. руб. в 2006 г. до 527 млн.руб. в 2009 г., соответственно по муниципальному сектору с 272 млн.руб. до 472 млн.руб. Экономия от первоначальной стоимости услуг составила 5 -7% (50-70 млн. руб.).

Кроме того, В.В. Бабин подчеркнул, что началу реализации проекта предшествовал подготовительный период, в ходе которого решались задачи по формированию определенных условий функционирования отрасли:

- сбалансированность территориальной программы оказания населению бесплатной медицинской помощи по стоимости и расходным обязательствам;

- одноканальное финансирование медицинских организаций в системе ОМС;

- персонифицированный учет населения на уровне фондодержателей в соответствии с базой данных застрахованных;

- автономизация амбулаторно-поликлинического звена (разделение поликлиник и

стационаров на разные юридические лица).

Повышение эффективности деятельности амбулаторного звена реализовывалась по следующим направлениям:

- сохранение здоровья населения путем снижения частоты и тяжести обострений у хронических больных;

- увеличение объема собственной деятельности, сокращение необоснованных направлений к узким специалистам и в стационар;

- повышение эффективности использования выделенных ресурсов, обоснованность выбора методов диагностики и лечения больных в амбулаторных условиях, развитие стационарозамещающих форм.

Что касается направления по формированию рынка поставщиков услуг, то наиболее эффективно данную задачу можно решить при поддержке органов государственной власти.

Таковыми мерами поддержки являются:

1. Сдача в аренду имущества учреждений здравоохранения для оказания медицинских услуг.

2. Создание автономных учреждений здравоохранения.

3. Создание бизнес-инкубатора для поддержки малого бизнеса в здравоохранении.

4. Передача объектов здравоохранения в концессию.

Исполнительный директор ТФОМС Кемеровской области И.В. Пачгин рассказал об опыте работы по оптимизации расходов в деле снабжения лекарственными средствами (ЛС) и изделиями медицинского назначения (ИМН). Работая над проблемой обеспечения граждан ЛС, фонд решал три задачи. Первая - обеспечение доступности эффективных, качественных, безопасных лекарств и ИМН для всех жителей нашего региона. Вторая - оптимизация цен на ЛС и ИМН, приобретаемые для медицинских учреждений. И третья - рациональное использование лекарственных средств в лечебном процессе. Решение данного вопроса, отметил И.В. Пачгин, возможно при наличии формуляра, разработанного на основе принципов доказательной медицины. «Необходимо четко определиться, какие препараты дают реальный клинический эффект, а какие имеют эффект плацебо», сказал он.

В Кемеровской области, рассказал И.В. Пачгин, была опробована централизованная модель обеспечения ЛС и ИМН. Модель централизованного обеспечения заключается в том, что каждое медицинское учреждение не самостоятельно приобретает ЛС и ИМН, а по Соглашению с ТФОМС направляет последнему свою потребность в форме заявки на необходимые препараты. Такая работа проводится ежеквартально. Специалисты



Исполнительный директор ТФОМС Кемеровской области
И.В. Пачгин

ТФОМС обрабатывают заявки всех ЛПУ, участвующих в централизованном обеспечении, формируют сводную потребность, готовят аукционную документацию, в которой определяют требования к поставляемому товару и через Управление государственного заказа (УГЗ) региональной администрации размещают заказ. Работа проводится в соответствии с Федеральным законом ФЗ №94 от 21.07.2005 «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд». Затем проводятся торги, определяются победители, с которыми ТФОМС заключает государственные контракты и осуществляются поставки товара в ЛПУ по ценам, определенным условиями контрактов. Цена на товар в ходе исполнения контракта является стабильной и в течение квартала не меняется.

При централизованных закупках приоритет отдается ЛС и ИМН, которые необходимы большинству медицинских учреждений, работающих в системе ОМС. В Перечень медикаментов и ИМН не входят специфические дорогостоящие лекарственные

средства, которые используются для лечения редко встречающихся заболеваний и потребность в которых имеется не у всех МУ. Кроме этого, централизованно не закупаются препараты, которые оплачиваются за счет средств бюджетов разных уровней (например, психотропные препараты, средства для лечения туберкулеза и др.).

Серьезное внимание уделяется ценообразованию. Специалистами ТФОМС предварительно проводятся маркетинговые исследования сложившихся на территории региона оптовых цен поставщиков, цен медицинских учреждений на лекарства, закупленные ими самостоятельно, анализируется информация департамента цен и тарифов Администрации Кемеровской области. По тем наименованиям, которые включены в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств (ЖНВЛС), утвержденный Правительством РФ, используются данные Государственного реестра зарегистрированных предельных отпускных цен производителей на ЖНВЛС.

Организация централизованного обеспечения пред-

ставляет собой упорядоченную систему закупки, транспортировки, хранения, реализации, назначения и использования медикаментов, а также систему контроля по указанным направлениям, в том числе за эффективностью и целесообразностью расходования финансовых средств для этих целей.

В медицинские учреждения, имеющие лицензию на фармацевтическую деятельность (таких примерно 30%), лекарственные средства отгружаются поставщиками напрямую, а для тех, кто не имеет соответствующей лицензии – через аптеку-грузополучателя, которую определяет само медицинское учреждение. В Кемеровской области в основном это аптеки сети ОАО «Аптеки Кузбасса».

В своем выступлении И.В. Пачгин отметил, что, учитывая масштабы закупок, необходимо грамотно определять

все требования, предъявляемые к товару, знать конъюнктуру рынка лекарственных препаратов, что, конечно, требует высокой квалификации и специальных знаний, в частности, по фармации и клинической фармакологии.

С поставщиками медикаментов регулярно проводятся рабочие совещания, на которых совместно обсуждаются возникающие трудности, проблемы в работе, на совещания приглашаются руководители органов управления здравоохранения территорий и главные врачи медицинских учреждений.

Фонд выступает в роли государственного Заказчика и регулярно контролирует исполнение обязательств всеми участниками процесса.

Специалистами ТФОМС разработаны формы отчетности для поставщиков и медицинских учреждений, которые позволяют своевременно от-

слеживать сроки и объемы поставок ЛС и ИМН, а так же своевременность расчетов за поставленный товар.

Поставщики предоставляют в ТФОМС отчеты о поставках товара в медицинские учреждения ежемесячно нарастающим итогом. Кроме того, в конце каждого отчетного периода между Фондом и Поставщиком оформляется Акт взаимного исполнения сторонами обязательств, который содержит информацию о дате последней поставки товара в МУ и дате последней оплаты получателями за поставленный товар. Все эти отчетные формы являются приложениями к государственным контрактам.

Медицинские учреждения отчитываются перед ТФОМС 1 раз в квартал.

Итоги работы за прошедший год свидетельствуют о правильности заданного курса. В 2008 году ТФОМС были

Схема взаимодействия участников централизованного обеспечения ЛС и ИМН

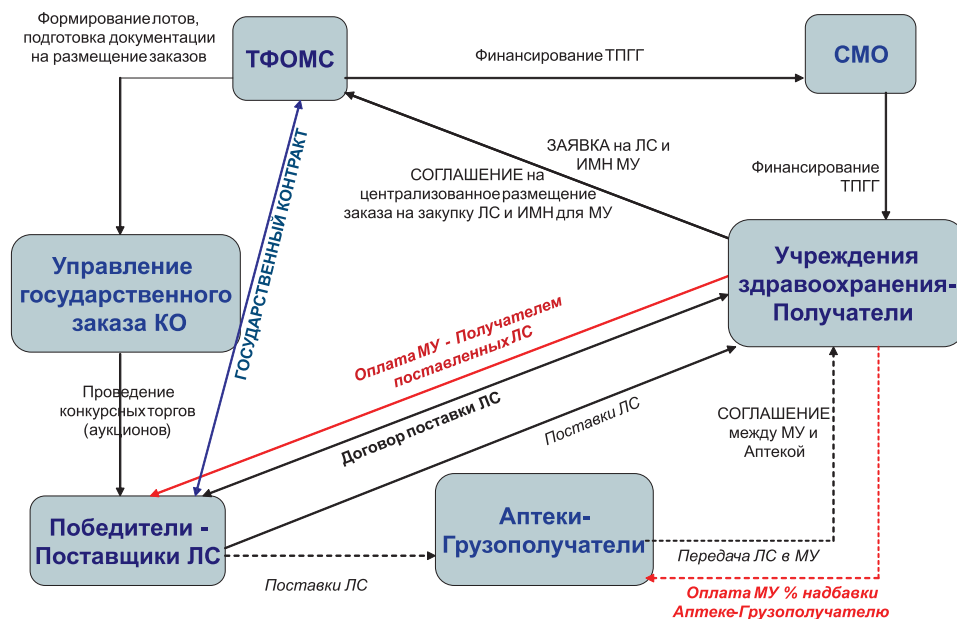


Рисунок 1

заключены государственные контракты с поставщиками на сумму более 160 млн.руб. Проводимые Управлением государственного заказа АКО аукционы с учетом большого объема медикаментов позволили снизить закупочную цену и получить экономический эффект в размере более 26 млн.руб.

С учетом потребностей медицинских учреждений, постоянно расширяется Перечень медикаментов и изделий медицинского назначения, закупаемых централизованно (второй квартал 2008 года – 294 наименования, четвёртый квартал 2009 – 423).

Количество медицинских учреждений, участвующих в централизованном снабжении, увеличилось с 76-ти до 100. Для ЛПУ такая схема работы удобна и выгодна и прежде всего с точки зрения ее экономической эффективности.

Увеличивается и число поставщиков, желающих принять участие в централизованном обеспечении медицинских учреждений – если в 2008 году их количество было в среднем 13, то сегодня уже 24.

И.В. Пачгин также отметил, что в последнее время Правительством РФ широко ставится вопрос о необходимости поддержки отечественных производителей товаров, о недостаточном использовании субъектами Российской Федерации потенциала российской фармацевтической промышленности. И.В. Пачгин подчеркнул, что доля ЛС и ИМН российского производства, закупаемых ТФОМС централизованно, выросла во втором квартале 2009 года по

сравнению с аналогичным периодом прошлого года до 44% от общей суммы закупки (во втором квартале 2008 года она составляла 36,6%). Объем закупаемых лекарственных средств и изделий медицинского назначения отечественного производства был увеличен в среднем в 2,1 раза. Принципиальная схема взаимодействия участников по «кемеровской» модели представлена на рисунке 1.

Одноканальное финансирование

Планом правительства по реализации основных мер по социально-экономическому развитию страны предусмотрено, что к 2012 г. 70% средств, которые направляются на здравоохранение, должны поступать через систему ОМС. Реализуемая ныне в ряде регионов в качестве пилотного проекта система одноканального финансирования должна быть внедрена и на остальных территориях в виду своего соответствия целям программы модернизации здравоохранения, ожиданиям профессионального сообщества и конечному эффекту.

А.В. Юрин:

«Директивными документами правительства предусмотрено, что 70% средств, которые направляются в систему здравоохранения, к 2012 году будет направляться через систему ОМС. Сегодня уже есть регионы, которые приблизились к этому показателю – это Тюменская область, Нижегородская область, Пермский край, где практикуют очень интересные и современные подходы к органи-

зации системы здравоохранения, Калининградская область, примеров достаточно много. Но важен не только переход на одноканальный принцип финансирования лечебных учреждений, но и переход на новые системы оплаты труда медицинских работников – то есть оплата каждого законченного по факту случая оказания медицинской помощи. В первичном звене также планируется ввести принцип подушевого финансирования, когда первичное звено (те же поликлиники) получает финансирование не за каждый отдельный прием пациента, а по среднему тарифу за всех граждан, прикрепленных к данному учреждению. Это создает стимул для проведения большей профилактической работы с населением в первичном звене».

Сомнений в необходимости введения этой системы в регионах практически нет. Есть объективные проблемы, которые требуют системного подхода в решении. Так, И.Ш.Исмаилов на этот счет сообщил следующее: «Сегодня бюджетно-сметная модель финансирования учреждений здравоохранения малоэффективна и не дает ожидаемых результатов, что естественно, требует реформирования. Без решения вопроса необходимого финансирования для обеспечения базовых государственных гарантий, основанных на федеральных стандартах медицинской помощи, невозможно обеспечение существенного роста качества и доступности медицинской помощи. Финансо-

вое обеспечение базовых государственных гарантий должно не только покрывать расходы лечебно-профилактических учреждений, в том числе и на достойную заработную плату, но и обеспечивать стабильное развитие всей отрасли. Не зря говорят: чтобы получить результат – нужно вложить средства. То есть, чтобы добиться качества и объема работ от медработников, необходимо создать нормальные условия для выполнения их обязанностей и обеспечить нормальной оплатой труда. Таким образом, очень важным моментом является усиление профессиональной и экономической мотивации медицинских работников к повышению качества и эффективности медицинской помощи. Переход к одноканальному финансированию ЛПУ через территориальные фонды ОМС даст возможность сделать определенные подвижки в вопросах финансового обеспечения сети лечебно-профилактических учреждений, функционирующих в системе ОМС».

И.Ш. Исмаилов подчеркнул что, переход на одноканальное финансирование необходимо проводить не поэтапно, а одномоментно и при обязательном условии – бездефицитности территориальных программ госгарантий. Необходимо разработать единую модель перехода на одноканальное финансирование, – подчеркнул в заключении он.



Исполнительный директор ТФОМС Нижегородской области
Е.И. Хлабутина

Исполнительный директор Территориального фонда ОМС Нижегородской области Е.И. Хлабутина рассказала участникам семинара об особенностях одноканального финансирования здравоохранения из средств ОМС на опыте своего региона.

Она отметила, что, переходя к реализации в 2008 году этого проекта, региональная система здравоохранения ставила перед собой следующие цели:

1. Ориентация на конечный результат с поэтапным переходом всех медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, на преимущественно одноканальное финансирование.
2. Обеспечение финансирования стационарной медицинской помощи в соответствии с нормативами финансовых затрат, рассчитанных на основе стандартов медицинской помощи, и учетом оценки качества оказания медицинской помощи.
3. Реформирование оплаты труда медицинских работников в зависимости от конечного результата их труда.
4. Обеспечение учета объема оказанной медицинской

помощи и оценки ее качества.

5. Реструктуризация сети учреждений здравоохранения с целью приближения территориальных нормативов объемов медицинской помощи к федеральным.

Были утверждены правила финансирования расходов на реализацию «пилотного» проекта. Они предусматривали финансирование расходов лечебно-профилактических учреждений по всем статьям затрат, за исключением расходов на коммунальные услуги, затрат, требующих серьезных инвестиций (капитальный ремонт и строительство, приобретение дорогостоящего оборудования стоимостью свыше 100 тыс. рублей), а также расходов по уплате налогов на имущество и землю. Была также принята новая редакция «Положения о порядке оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Нижегородской области», предусматривающая введение эффективного способа оплаты медицинской помощи - оплату оказанной стационарной медицинской помощи за законченный случай лечения с учетом стандартов, исходя из стоимости профильного койко-дня.

Е.И. Хлабутина сообщила, что в 2009 году на территории Нижегородской области действовали тарифы за законченный случай лечения определенных нозологических форм при проведении лапароскопических операций в гинекологии, урологии и общей хирургии, а также микрохирургических офтальмологических операций с имплантацией искусственного хрусталика, что должно интенсифицировать труд врачей, увеличить оборот койки, что, в свою очередь, положительно должно сказаться на выполнении государственного (муниципального) задания и получении денежных средств в большем объеме от планируемых показателей, в том числе и на текущее содержание ЛПУ и, что особенно актуально, на оплату труда медицинских работников.

Директор ТФОМС Нижегородской области также отметил, что крайне важным организационным мероприятием, оказавшим решающее влияние на успех проекта, было подписание соглашений между администрациями муниципальных районов, министерством финансов, министерством здравоохранения и территориальным фондом обязательного медицинского страхования о взаимодействии при реализации «пилотного» проекта по поэтапному переходу на преимущественно одноканальное финансирование здравоохранения в Нижегородской области.

Подводя первые итоги работы в условиях преимущественно одноканального финансирования, Е.И. Хлабутина сделала следующие выводы:

■ во-первых, такая система финансирования по расши-

ренному тарифу позволяет главным врачам маневрировать заработанными за оказанную медицинскую помощь средствами, и, в случае необходимости, направлять их на наиболее приоритетные статьи расходов, включая ремонт оборудования, закупку недорогого оборудования, повышение квалификации медицинских работников и т.д.;

■ во-вторых, преимущественно одноканальное финансирование здравоохранения позволяет оптимизировать организацию медицинской помощи и развивать приоритетные направления: совершенствовать амбулаторно-поликлиническую помощь, оказание медицинской помощи по принципу врача общей практики, внедрять оплату медицинской помощи по законченному случаю.

Таким образом, внедрение преимущественно одноканальной системы финансирования приводит к включению механизма экономической заинтересованности в расширении ресурсосберегающих технологий и рациональном использовании имеющихся финансовых средств.

Главное достоинство одноканального подушевого финансирования - однонаправленность мотивации населения и системы здравоохранения, подчеркнула в своем выступлении министр здравоохранения Калининградской области Е.А. Ключикова. Мотивация пациента - быть здоровым, иметь врача, заботящегося о здоровье и профилактике болезней, а в случае болезни получить раннюю диагностику и быстрое излечение. Мотивация системы здравоо-

хранения - охрана здоровья населения, усиление профилактической направленности, внедрение здоровьесберегающих технологий, повышение качества услуг и интенсивности лечения.

В качестве фондодержателей средств ОМС при новой схеме финансирования выступают ЛПУ, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, - поликлиника, офис врача общей практики, комплекс поликлиника - стационар. Допуск к работе в системе ОМС и фондодержанию осуществляется вне зависимости от формы собственности и ведомственной подчиненности. Первичное закрепление за фондодержателем происходит по участковому принципу, а плановые госпитализации и консультации - по направлению фондодержателя. Среди важных преимуществ такого принципа работы - право выбора врача и лечебного учреждения, соответствие расходов полученным доходам, внедрение оплаты лечения в стационаре за законченный случай стационарного лечения по нозологическим формам МКБ-10 (вне зависимости от типа, уровня, формы собственности учреждения здравоохранения и длительности лечения).

Как подчеркнул Е.А. Ключикова, «одноканальное подушевое финансирование - это нацеленность системы здравоохранения на охрану здоровья, создание рынка медицинских услуг с конкурентной средой, мотивация лечебных учреждений и медицинских работников к усилению профилактической направленности работы, повышению качества услуг и интенсивности лечения, сокра-

щению издержек, оптимизации структуры и штатов. В конечном итоге это направлено на повышение качества медицинских услуг и эффективность использования ресурсов здравоохранения».

Качество медицинской помощи

Правовая оценка понятию «качество медицинской помощи» (КМП) была дана в выступлении профессора Московской медицинской академии им.Сеченова О.Ю. Александровой. В связи с нарастанием количества претензий со стороны пациентов на «плохое» качество медицинской помощи, в том числе судебных исков по возмещению вреда жизни и здоровью, причиненного медицинским вмешательством, остро встает вопрос юридической оценки понятия КМП, отметила она.

Данная проблема связана с отсутствием единых правовых подходов к оценке качества медицинской помощи.

О.Ю. Александрова ознакомила участников семинара с методикой медико-правового анализа медицинской помощи с целью определения деятельности медицинских работников как надлежащего (ненадлежащего) исполнения профессиональных обязанностей.

Тарифная политика

А.В. Юрин:

«Вопрос формирования конкурентной среды в сфере медицинского обеспечения граждан напрямую связан с переходом на полный тариф. Сегодня через тариф ОМС лечебным учреждениям компенсируются фактически только расходы на за-

работную плату и на расходные материалы. Естественно, частная медицина не может работать на этих условиях. У частных клиник есть еще расходы на коммунальные услуги, на текущие ремонты и так далее. Естественно, при переходе на полный тариф расширятся и возможности участия в системе здравоохранения медицинских организаций различных форм собственности. Одно из тех

предложений, которые мы предлагаем закрепить законодательно – и по этому вопросу достигнуто соглашение с экспертным сообществом – заключается в том, что ни одной медицинской организации, изъявившей желание работать в системе ОМС, не может быть отказано в этой работе. При условии, конечно, что лечебное учреждение имеет соответствующую лицензию».



Исполнительный директор
Республиканского
фонда ОМС «Дагестан»
И.Ш. Исмаилов

Проблема тарифов также не осталась без внимания участников семинара. Исполнительный директор Республиканского фонда ОМС «Дагестан» И.Ш. Исмаилов подчеркнул, что согласно существующим нормативным документам о порядке финансовых расчетов между территориальными фондами обязательного медицинского страхования за медицинскую помощь в объеме базовой программы обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации, оказанную за пределами страхования, оплата медицинской помощи в пределах базовой программы ОМС производится по тарифам, действующим на территории,

где пролечился пациент. В результате чего территориальные фонды субъектов Российской Федерации испытывают определенные сложности при осуществлении межтерриториальных расчетов.

И.Ш. Исмаилов отметил, что у каждого региона своя методика расчета тарифа на койко-день и посещение: в одних параклинические исследования включены в стоимость тарифа единицы объема медицинской услуги (койко-день, посещение), в других каждая параклиническая услуга имеет свою стоимость и суммируется с единицей объема медицинской услуги.

Распределение тарифов по профилям и уровням оказа-

ния медицинской помощи у всех регионов различается. Тарифы могут быть 4-х, 3-х, 2-х уровневые, некоторые еще подразделяют каждый уровень на подгруппы. В некоторых регионах предусмотрен отдельный тариф на услуги в реанимационном отделении, когда стоимость этих услуг должна входить в стоимость профильного отделения. Кроме того, каждый регион при формировании тарифов учитывает свои интересы.

И.Ш. Исмаилов предложил разработать единые тарифы и определить единый порядок оплаты медицинских услуг для межтерриториальных расчетов с применением коэффициентов удорожания условной единицы бюджетной услуги на каждой территории.

Исполнительный директор ТФОМС Нижегородской области Е.И. Хлабутина, рассказала участникам семинара, что с 1 апреля 2008 года введен расширенный тариф, состоящий из базового тарифа и тарифа на текущее содержание лечебно-профилактических учреждений, для возмещения затрат лечебно-профилактических учреждений за счет средств обязательного медицинского страхования.

В состав базового тарифа включаются расходы по 5-ти статьям затрат: заработная плата с начислениями, медикаменты, питание и мягкий инвентарь. Базовый тариф применяют для расчетов все медицинские организации, участвующие в реализации территориальной программы ОМС.

В состав тарифа на текущее содержание лечебно-профилактических учреждений



Исполнительный директор
Краснодарского ТФОМС
Н.Н. Стадченко

включаются расходы по статьям классификации расходов бюджетов Российской Федерации, связанные с обеспечением текущей деятельности учреждений, за исключением расходов на коммунальные услуги, затрат, требующих серьезных инвестиций, а также расходов по уплате налогов на имущество и землю.

Тарифы на текущее содержание ЛПУ рассчитаны исходя из средств, передаваемых в бюджет ТФОМС из областного бюджета на обязательное медицинское страхование неработающего населения, в соответствии с заключенными соглашениями о совместной деятельности, направленной на реализацию «пилотного» проекта с учетом:

- объемов медицинской помощи в соответствии с программой обязательного медицинского страхования;

- удельного веса затрат в разрезе видов медицинской помощи;

- удельного веса затрат в разрезе профилей койки и видов помощи.

Также были внесены изменения в «Тарифное соглашение» с учетом введения расширенного тарифа.

Исполнительный директор Краснодарского ТФОМС Н.Н. Стадченко обратила внимание на особенности оплаты по отдельным сложным случаям, в частности, больных панкреонекрозами. «Фактические расходы на диагностику и лечение пациентов с данной патологией не укладываются в установленную в тарифе денежную норму расходов по статье «Медицинские расходы». Стоимость одного койко-дня у данного контингента больных варьирует от 3 300 до 17 900 рублей (в среднем 4 500 рублей). Если учесть, что ныне действующий тариф установлен в размере 620 рублей, простой расчет показывает, что восполняется средствами ОМС только 13,8% от фактических затрат на медикаменты», отметила она.

Выход из создавшегося положения Н.Н. Стадченко видит в следующем. Во-первых, продолжить разработку и внедрение единых стандартов диагностики и лечения больных с панкреонекрозом и создание комплексной системы критериев оценки качества и анализ деятельности учреждений здравоохранения по оказанию специализирован-

ной медицинской помощи больным с панкреонекрозом и оплату по индивидуальному тарифу за конкретную нозологическую форму. Во-вторых, применить новую методику оплаты страхового случая, рассчитав отдельно доплату на медикаменты по отделению реанимации для определенного перечня заболеваний.

О страховых взносах в ФОМС и ТФОМС

На основании Федерального Закона № 212-ФЗ от 24.07.2009 «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования» с 2010 г. единый социальный налог заменен на страховые взносы, отвечать за сбор которых будет Пенсионный фонд. Администраторами платежей за неработающее население остаются ТФОМС.

Подписано Соглашение между Федеральным фондом ОМС и Пенсионным фондом Российской Федерации, которым утвержден механизм взаимодействия между ними*.

В семинаре-совещании приняли участие руководители Пенсионного фонда РФ во главе с председателем правления ПФР А.В. Дроздовым, которые дали полную информацию по вопросам взаимодействия между отделениями Пенсионного фонда РФ и территориальными фондами



Подписание Соглашения по информационному обмену между ФОМС и ПФР А.В. Юриным и А.В. Дроздовым

ОМС. Отделения Пенсионного фонда будут ежедневно передавать своим коллегам из ТФОМС в электронном виде сведения о платежах страхователей в ФОМС и ТФОМС, об исполненных органами Федерального казначейства решениях ОПФР о зачете и уточнении принадлежности платежей в части их, относящихся к ФОМС и ТФОМС. Ежеквартально ТФОМС будут получать данные расчетов по начисленным и уплаченным страховым взносам в фонды ОМС их плательщиками, реестры зарегистрированных в ОПФР страхователей, ежегодно - данные расчетов по начисленным и уплаченным страховым взносам в ФОМС и ТФОМС.

Как подчеркнул А.В. Дроздов, Пенсионный фонд РФ рассматривает взаимодействие с фондами ОМС как важное направление своей деятельности. «Это для нас нагрузка, но нагрузка приятная, поскольку мы находимся в системе одного министерства и понимаем ваши задачи», - отметил он. ПФР ведет подготовку к администрированию страховых взносов в плановом порядке, подготовлены и согласованы с Минздравсоцразвития России все необходимые нормативные акты, проводится сверка с налоговой службой состава плательщиков и задолженностей. А.В. Дроздов заверил своих коллег из фондов ОМС, что их информированность по во-

* Текст Соглашения опубликован на стр. 37–41

просам сбора страховых взносов будет как минимум не хуже, а, возможно, и лучше, чем сейчас.

А.В. Юрин:
«Со следующего года Единый социальный налог (ЕСН) будет заменен на страховые взносы, собирать

которые будет Пенсионный фонд РФ. Для неработающего населения администраторами страховых взносов останутся органы системы ОМС. На сегодняшний день подготовлено соглашение между Федеральным ФОМС и ПФР, в котором детально прописаны все ме-

ханизмы взаимодействия по этому вопросу, и мы считаем, что переход на новые принципы благотворно скажется на финансовом обеспечении системы».

СОГЛАШЕНИЕ

по информационному обмену между Пенсионным фондом Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования

Москва

01 октября 2009 года

Пенсионный фонд Российской Федерации в лице Председателя Правления Дроздова Антона Викторовича, действующего на основании Положения о Пенсионном фонде Российской Федерации, утвержденного постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 27 декабря 1991 года № 2122-1 «Вопросы Пенсионного фонда Российской Федерации (России)», Распоряжения Правительства Российской Федерации от 17 июля 2008 года № 1018-р «О Председателе Правления Пенсионного фонда Российской Федерации» и Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в лице Председателя Юрина Андрея Владимировича, действующего на основании Устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 29 июля 1998 года № 857 «Об утверждении Устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования», Распоряжения Правительства Российской Федерации от 13 ноября 2008 года № 1652-р «О Председателе Федерального фонда обязательного медицинского страхования», вместе именуемые «Стороны», в целях выполнения положений части 3 статьи 3 и части 2 статьи 6 Федерального закона от 24 июля 2009 года № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования» заключили настоящее Соглашение о нижеследующем.

1. Предмет Соглашения

1.1. Настоящее Соглашение определяет общие правила обмена информацией

между Пенсионным фондом Российской Федерации (далее – ПФР) и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее – ФОМС) на федеральном уровне и между отделениями ПФР (далее – ОПФР) и территориальными фондами обязательного медицинского страхования (далее – ТФОМС) на уровне субъектов Российской Федерации (региональный уровень).

1.2. Предметом настоящего Соглашения является взаимодействие Сторон по передаче на федеральном и региональном уровнях сведений из представляемой плательщиками страховых взносов на обязательное медицинское страхование (далее – страховые взносы) в орган контроля за уплатой страховых взносов – Пенсионный фонд Российской Федерации и его территориальные органы отчетности по страховым взносам на обязательное медицинское страхование, сведений о платежах в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования в целом по Российской Федерации и по каждому субъекту Российской Федерации и иной информации, определенной законодательством и необходимой для осуществления обязательного медицинского страхования.

1.3. Состав иной информации, определенный законодательством Российской Федерации необходимый для осуществления обязательного медицинского страхования, определяется сторонами до 01.12.2009 года и включается в протокол информационного обмена, согласно п.1.4. настоящего Соглашения.

1.4. Обмен сведениями на федеральном и региональном уровнях осуществляется в электронном виде, в том числе по каналам связи сети Интернет с обеспечением требований законодательства Российской Федерации по защите информации, а при необходимости на бумажном носителе и регулируется протоколом информационного обмена между Сторонами, включающим порядок, регламент, периодичность, состав, структуру и форматы информации, передаваемой в соответствии с настоящим Соглашением, а при необходимости на бумажном носителе.

2. Обеспечение конфиденциальности сведений и безопасности при их обработке

2.1. Обеспечение защиты информации при обмене данными между ПФР и ФОМС, ОПФР и ТФОМС осуществляется с применением необходимых организационных и технических мер защиты, в том числе с использованием применяемых в ПФР средств криптографической защиты информации (СКЗИ) с функциями шифрования и электронной цифровой подписи (ЭЦП).

2.2. ПФР и отделения ПФР при организации информационного взаимодействия с использованием СКЗИ являются координирующими органами криптографической защиты с правами, предусмотренными пунктом 9 Инструкции об организации и обеспечении безопасности хранения, обработки и передачи по каналам связи с использованием средств криптографической защиты информации с ограниченным доступом, не содержащей сведений, составляющих государственную тайну, утвержденной приказом ФАПСИ от 13 июня 2001 года № 152.

Криптографические средства Сторонами приобретаются самостоятельно.

2.3. При отсутствии возможности передачи информации по каналам связи об-

мен документами может осуществляться на машинных носителях в виде электронных файлов, заверенных ЭЦП.

3. Взаимодействие ПФР и ФОМС

3.1. ПФР:

3.1.1 ежеквартально:

3.1.1.1. передает ФОМС в электронном виде агрегированные сведения, содержащиеся в расчетах по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное пенсионное страхование в Пенсионный фонд Российской Федерации, страховым взносам на обязательное медицинское страхование в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования плательщиками страховых взносов, производящими выплаты и иные вознаграждения физическим лицам, в части страховых взносов на обязательное медицинское страхование в разрезе субъектов Российской Федерации и в целом по Российской Федерации

3.1.1.2. передает отчетность о задолженности по страховым взносам на обязательное медицинское страхование.

3.1.2. ежегодно передает ФОМС в электронном виде агрегированные сведения, содержащиеся в расчетах по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное пенсионное страхование в Пенсионный фонд Российской Федерации, страховым взносам на обязательное медицинское страхование в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования плательщиками страховых взносов, не производящими выплаты и иные вознаграждения физическим лицам, в части страховых взносов на обязательное медицинское страхование в разрезе субъектов Российской Федерации и в целом по Российской Федерации;

3.2. согласовывает прогноз поступлений страховых взносов на обязательное медицинское страхование в доход бюджета ФОМС на плановый период, рассчитанных ФОМС на основании алгоритма расчета поступления страховых взносов на обязательное медицинское страхование, согласованного ПФР, ФОМС, Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

3.3. передает ФОМС иные сведения, предусмотренные пунктом 1.3 настоящего Соглашения.

4. Взаимодействие ОПФР и ТФОМС

4.1. ОПФР передает ТФОМС в электронном виде с соблюдением форматов и определяемых протоколом информационного обмена согласно п. 1.4. настоящего Соглашения:

4.1.1. ежедневно:

4.1.1.1. сведения о платежах страхователей в ФОМС и ТФОМС, об исполненных органами Федерального казначейства решениях ОПФР о зачете и об уточнении принадлежности платежей, в части платежей, относящихся к ФОМС и ТФОМС в соответствии с требованиями к форматам текстовых файлов, исполь-

зуемых при информационном взаимодействии между органами Федерального казначейства и участниками бюджетного процесса

4.1.2. ежеквартально:

4.1.2.1. сведения, поступающие от страхователей об отдельных категориях плательщиков страховых взносов, особенности постановки на учет которых установлены постановлением Правительства Российской Федерации

4.1.2.2. данные расчетов по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное пенсионное страхование в Пенсионный фонд Российской Федерации, страховым взносам на обязательное медицинское страхование в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования плательщиками страховых взносов, производящими выплаты и иные вознаграждения физическим лицам, в части страховых взносов на обязательное медицинское страхование (по каждому плательщику);

4.1.2.3. сведения о платежах в бюджет ФОМС и ТФОМС страхователей (плательщиков) физических лиц, уплачивающих страховые взносы на обязательное медицинское страхование через подразделения Сбербанка России, определенных на основании информации из реестров к сводным платежным поручениям Сбербанка России, нарастающим итогом с начала года;

4.1.2.4. реестры страхователей, зарегистрированных (снятых с учета) в ОПФР в качестве плательщиков, для проведения сверки плательщиков страховых взносов, за исключением зарегистрированных в Едином государственном реестре юридических лиц и Едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей;

4.1.3. ежегодно:

4.1.3.1. данные расчеты по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное пенсионное страхование в Пенсионный фонд Российской Федерации, страховым взносам на обязательное медицинское страхование в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования плательщиками страховых взносов, не производящими выплаты и иные вознаграждения физическим лицам (по каждому плательщику).

4.2. Передает иные сведения, предусмотренные пунктом 1.3 настоящего Соглашения.

4.3. ОПФР согласовывает прогноз поступлений страховых взносов на обязательное медицинское страхование в доход бюджета ТФОМС на плановый период.

5. Ответственность Сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Соглашению Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.2. В случае возникновения форс-мажорных обстоятельств (стихийных бедствий; аварий; пожаров; массовых беспорядков; повреждений линий связи; забастов-

вок; военных действий; противоправных и иных действий третьих лиц; вступления в силу законодательных актов, постановлений и распоряжений государственных органов власти), препятствующих выполнению Сторонами обязательств по настоящему Соглашению, а также других обязательств, не зависящих от воли Сторон и препятствующих выполнению Сторонами своих обязательств по настоящему Соглашению, Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение взятых на себя обязательств по настоящему Соглашению.

Проведение операций по Соглашению приостанавливается на время действия форс-мажорных обстоятельств и возобновляется после прекращения их действия.

6. Заключительные положения

6.1. Настоящее Соглашение вступает в силу с 1 января 2010 года. Начало информационного обмена в электронном виде между Сторонами осуществляется:

- в части подпункта 4.1.1.1 настоящего Соглашения - с 1 января 2010 года;
- в части пунктов 3.1.1 и 4.1.2 настоящего Соглашения - с момента подписания

Протокола электронного обмена и готовности программно-технического обеспечения Сторон, но не позднее 10 мая 2010 года.

6.2. Все изменения и дополнения к настоящему Соглашению оформляются в форме Дополнительного соглашения в письменном виде и действительны с момента его подписания Сторонами.

6.3. Любая из Сторон может предложить изменения или дополнения к действующему Соглашению. Изменения могут быть внесены только при обоюдном согласии Сторон.

6.4. Ни одна из Сторон не вправе передавать свои обязательства по настоящему Соглашению третьей стороне.

6.5. Соглашение может быть расторгнуто по инициативе одной из Сторон, о чем необходимо письменно уведомить другую сторону не позднее, чем за три месяца до дня расторжения, либо по обоюдному согласию Сторон.

6.6. Настоящее соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр – для ПФР, один экземпляр – для ФОМС.

7. Подписи Сторон

Председатель Правления Пенсионного фонда Российской Федерации

А.В. Дроздов

" 01 " 10

2009 г.

№ АД-01-33/

М.П.



Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования

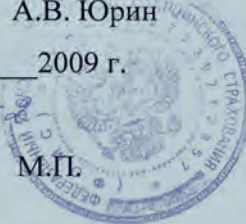
А.В. Юрин

" 01 " 10

2009 г.

№ 4688/20-2

М.П.





С.Г. Кравчук, С.Г. Комаров
Федеральный фонд ОМС

Организационно-методологические аспекты финансового обеспечения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации

В августе 2009 года в Российской Федерации впервые за последние 15 лет показатель рождаемости превысил показатель смертности. Комментируя данное событие, министр здравоохранения и социального развития РФ Т.А.Голикова отметила, что пока рано

делать оптимистические выводы, но, тем не менее, регистрация данного явления свидетельствует о стабилизации демографической ситуации в стране, что подтверждается постепенным снижением смертности и увеличением рождаемости в 2009 году в сравнении с 2008 годом.



С.Г. Кравчук

Начальник Управления организации
ОМС ФОМС



С.Г. Комаров

Заместитель начальника Управления
организации ОМС ФОМС

Во многом эти позитивные изменения обусловлены той активной демографической политикой, которая в последние годы реализуется Правительством Российской Федерации. И вполне можно ожидать, что в ближайшем будущем такое явление как «российский крест» (графиче-

ское изображение кривых смертности и рождаемости) перестанет быть наиболее часто употребляемым термином отечественных и зарубежных демографов.

Одним из мероприятий по демографической политике является проводимая с 2007 года в соответствии с Постановлением Правительства Россий-

ской Федерации от 29 декабря 2007 года №945 диспансеризация одной из наименее социально защищенной категории населения – детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных учреждениях систем здравоохранения, социальной защиты населения и образования.

Система обязательного медицинского страхования принимает самое активное и непосредственное участие в данном процессе, являясь администратором средств федерального бюджета, направляемых на проведение диспансеризации, и в полной мере несет ответственность за эффективное и полное расходование данных средств. Однако при реализации такой важной государственной задачи как детская диспансеризация не всегда удается достичь стопроцентного исполнения ранее запланированных показателей. Во многом это обусловлено тем, что мероприятия по диспансеризации являются результатом сложного двухуровневого (федеральный и уровень субъекта РФ) межведомственного взаимодействия, в

котором задействованы системы здравоохранения, социальной защиты населения и образования (рисунки 1), и если на федеральном уровне данное взаимодействие четко отработано, то в ряде субъектов Российской Федерации сохраняются отдельные «проблемные участки». Также задача усложняется естественным процессом движения персонального состава детей в учреждениях пребывания, что отражается на точности планирования и дальнейшего исполнения запланированных показателей.

Анализируя итоги диспансеризации в 2008 году и за 8 месяцев 2009 года, а также организационно-методологические подходы по ее планированию и реализации, необходимо отметить следующее.

В 2008 году в бюджете Федерального фонда ОМС на проведение диспансеризации детей были предусмотрены средства в объеме 822,0 млн. рублей. Данные средства были сформированы исходя из прогнозной численности Минздравсоцразвития России, составившей 540000 человек. Фактически, в 2008 году было осмотрено 333024 детей, и для оплаты вышеназванного числа законченных случаев диспансеризации в бюджеты ТФОМС были направлены средства в объеме 505,9 млн. рублей, включая завершение расчетов в I квартале 2009 года (рисунки 2).

С учетом высокой значимости достижения заданных показателей рядом субъектов Российской Федерации в конце 2008 года была проведена

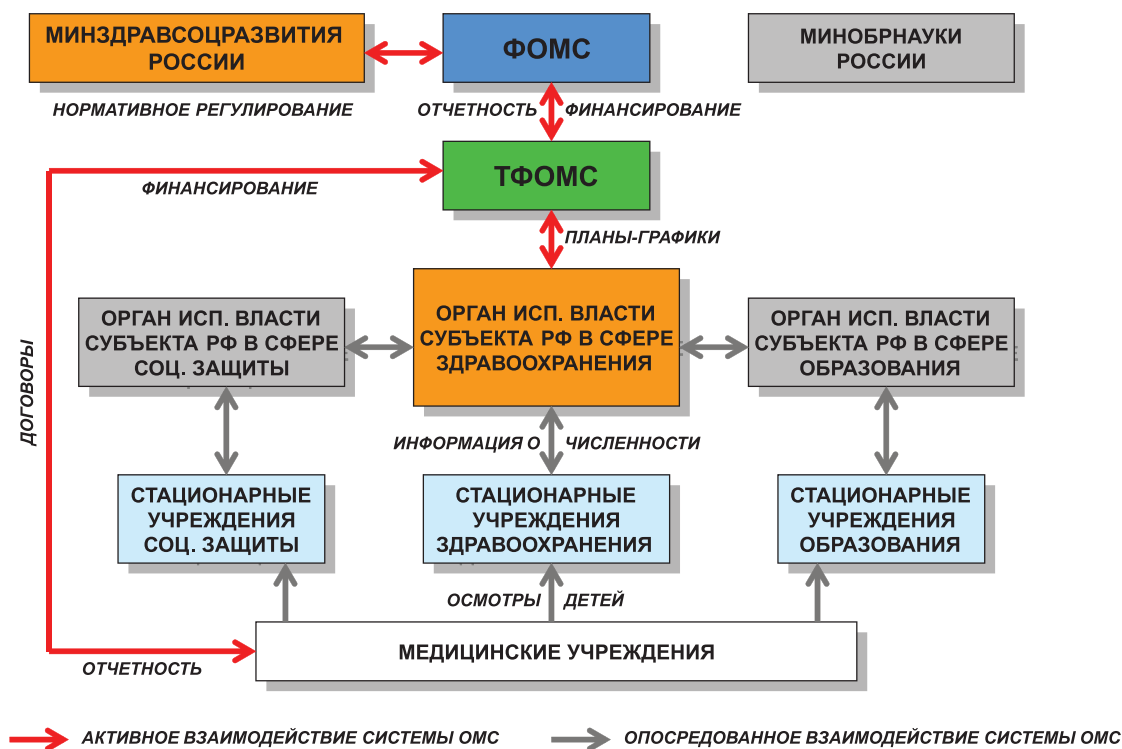


Рисунок 1. Схема межведомственного взаимодействия при реализации Постановления правительства РФ от 29.12.2007 года № 945

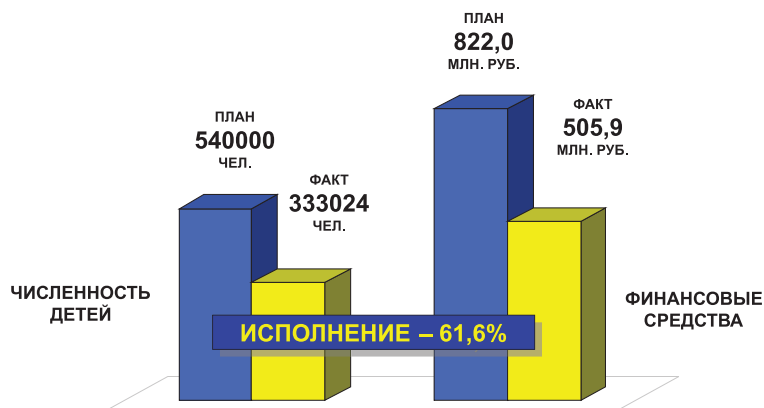


Рисунок 2. Итоги проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации в 2008 году

активная работа по реализации постановления Правительства Российской Федерации, при этом наиболее значимых показателей добились Кемеровская область, Забайкальский край, город Москва и ряд других субъектов Российской Федерации, что в значительной степени повлияло на ситуацию в целом. Вместе с тем, переходящий остаток неиспользованных в 2008 году средств составил 333,1 млн. рублей.

Для того, чтобы оценить возможное исполнение бюд-

жета ФОМС по данному направлению в 2009 году, необходимо соотнести объем предусмотренных средств и планируемые расходы, с учетом численности детей. Общая сумма средств на 2009 год складывалась на начало года из предусмотренных в бюджете ФОМС на 2009 год 593,2 млн. рублей и переходящего с 2008 года остатка в объеме 333,1 млн. рублей. При этом без малого 17 млн. было направлено на завершение расчетов за фактически проведенную в 2008 году диспансе-

ризацию. Таким образом, общий объем бюджетных назначений на 2009 год составил 909,4 млн. рублей.

Согласно действующей схеме финансирования диспансеризации, финансовые средства направляются в бюджеты ТФОМС ежемесячно, по заявке, составленной на основании численности детей согласно плану-графику диспансеризации. При утвержденной численности (по состоянию на 01.10.2009), составляющей 353588 человек, на оплату проводимых осмотров будет направлено в бюджеты территориальных фондов ОМС 829,0 млн. рублей, соответственно, имеющиеся средства позволяют оплатить дополнительно 33000 законченных случаев диспансеризации (рисунок 3).

Федеральный фонд ОМС, анализируя складывающуюся ситуацию, неоднократно информировал субъекты Российской Федерации об имеющихся дополнительных возможностях. Последним явилось Письмо Минздравсоцразвития России, Федерального фонда ОМС и Минобрнауки

(в рублях)	
БЮДЖЕТНЫЕ НАЗНАЧЕНИЯ НА 2009 ГОД	593 236 000
ПЕРЕХОДЯЩИЙ ОСТАТОК 2008 ГОДА	333 146 500
ИТОГО:	909 413 900

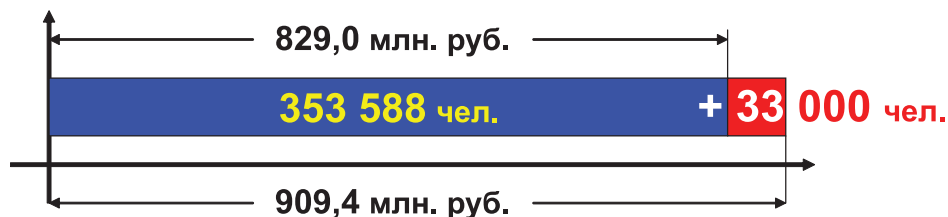


Рисунок 3. Структура и прогноз расходования финансовых средств на диспансеризацию детей в 2009 году

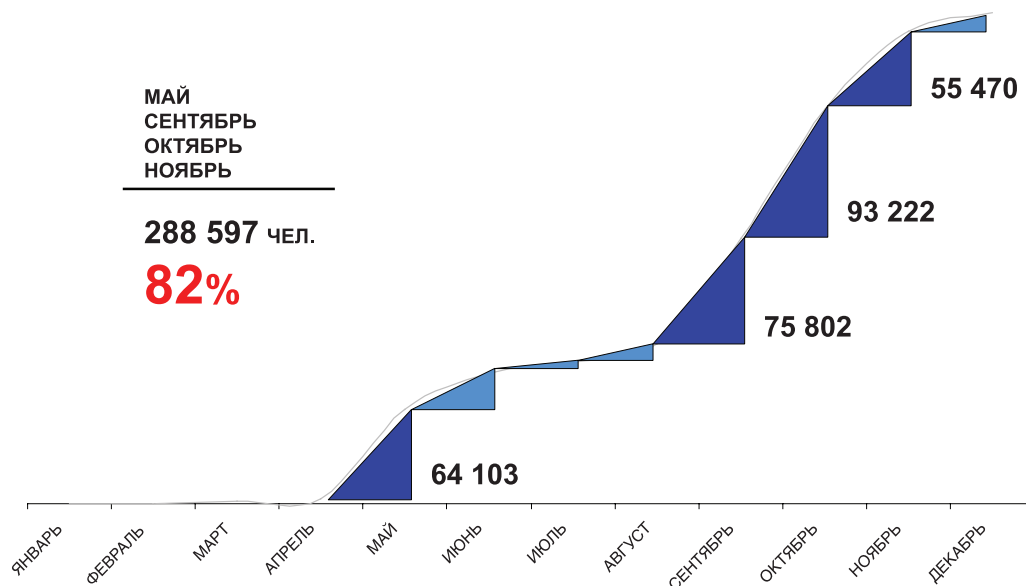


Рисунок 4. График проведения осмотров детей в течение года

России от 31.08.2009 года, в котором субъектам Российской Федерации предлагалось оптимизировать схему проведения диспансеризации в целях максимального охвата детей осмотрами. В соответствии с рекомендациями в данном письме органам управления здравоохранением, социальной защиты населения и образования субъектов РФ следовало:

1. С учетом окончания летних каникул и возвращения детей после отдыха в учреждениях пребывания, провести уточнение их численности и персонального состава в разрезе учреждений.

2. Организовать межведомственные совещания, на которых обобщить полученную информацию и, в случае объективной возможности увеличения планового показателя за счет дополнительных выездов врачей-специалистов в учреждения пребывания детей, утвердить скорректированные планы-графики диспансеризации.

Согласно уточненным планам-графикам, 35 субъектов Российской Федерации увеличили прогнозный показатель Минздравсоцразвития России, при этом наиболее значимого результата добилась Костромская область, утвердившая показатель, превышающий прогнозный на 40%. Благодаря совместной работе специалистов различных ведомств общий показатель численности детей, подлежащих диспансеризации, по Российской Федерации был увеличен более чем на 12 000 человек.

Некоторые субъекты Российской Федерации не смогли не только пересмотреть ранее утвержденный показатель в сторону увеличения, но и обеспечить соответствие показателей утвержденной и прогнозной численности, при этом следует особо подчеркнуть, что прогнозная численность Минздравсоцразвития России сложилась из тех показателей численности детей, которые субъекты Российской Федерации представили в ян-

варе-феврале во исполнение правительственной телеграммы от 14.01.2009 года.

По состоянию на начало октября согласно утвержденным планам-графикам с начала года по сентябрь включительно, подлежит диспансеризации 191 116 детей, что составляет 54% от общегодовой численности. На данные цели из бюджета Федерального фонда ОМС направлено в бюджеты территориальных фондов ОМС 406,3 млн. рублей, или 44,7 процентов. Направление в течение 3-х кварталов года менее половины предусмотренного объема средств обусловлено особенностями планирования субъектами Российской Федерации мероприятий по диспансеризации в течение года.

На *рисунке 4* графически отображены количественные характеристики процесса диспансеризации в течение года, согласно данным представленных в Федеральный фонд ОМС утвержденных планов-графиков.

Как наглядно изображено на графике, большая часть осмотров, а именно 82%, приходится на четыре месяца года (максимальные значения отмечаются в мае, сентябре, октябре и ноябре). При этом следует отметить, что во многих субъектах Российской Федерации мероприятия по диспансеризации проводятся в течение 1-3 месяцев (Республики: Алтай, Адыгея, Ингушетия, Карачаево-Черкесская, Северная Осетия-Алания, Мордовия, Удмуртская; Челябинская область). Насколько такой методологический подход позволяет максимально эффективно реализовать постановление Правительства Российской Федерации, охватив осмотрами большинство детей, и направить в медицинские учреждения средства в полном объеме, принимая во внимание, что в течение года происходит ротация детей в учреждениях пребывания?

Выезды работников Федерального фонда ОМС в некоторые субъекты Российской Федерации, в ходе которых при посещении учреждений пребывания детей проводилась сверка списочного состава детей и данных о фактически оплаченных осмотрах, показали, что во многих учреждениях охват детей осмотрами зачастую составляет 30-50%, в зависимости от интенсивности обновления их персонального состава. Во многом это обусловлено невысокой кратностью либо однократностью

посещений детских учреждений бригадами врачей-специалистов, что подтверждает детальный анализ представленных в Федеральный фонд ОМС планов-графиков. Вместе с тем, дети, относящиеся к категориям, подлежащим осмотрам с той или иной периодичностью, на тот или иной по продолжительности срок, поступают в детские учреждения систем здравоохранения, социальной защиты и образования, и нашей общей, межведомственной задачей является их максимальный охват диспансерными осмотрами.

Какие управленческие решения могли бы оказать воздействие на сложившуюся ситуацию, учитывая тот факт, что мероприятия по диспансеризации детей запланированы в бюджете Федерального фонда ОМС до 2012 года, и оттого, насколько эффективно мы организуем данный процесс, зависят итоги нашей работы на предстоящие несколько лет?

На наш взгляд, ключевым направлением в организационно-методологическом направлении является оптимизация межведомственного взаимодействия. Возвращаясь к представленной ранее схеме взаимодействия при проведении диспансеризации следует отметить, что влияние системы ОМС на вопросы планирования численности и организации проведения диспансеризации минимально, но при этом нужно помнить, что именно система ОМС является администратором расходов федерального бюджета по данной целевой статье, и это обуславливает повышенную степень ответственности на каждом этапе реализации, не-

смотря на компетенцию и установленные функциональные обязанности.

Во-первых, в целях координации и согласованности действий органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сферах здравоохранения, социальной защиты населения, образования и территориальных фондов ОМС целесообразно создание в субъектах Российской Федерации координирующих структур (комиссий, штабов и т.д.), которым следует ежемесячно проводить межведомственные совещания, на которых подводить итоги проведенных мероприятий и уточнять оперативную информацию о численности детей. При этом важнейшим элементом данной работы является тесное и продуктивное взаимодействие с руководителями подведомственных учреждений, в которых пребывают дети, в целях получения информации о численности и персональном составе детей как на определенную дату, так и прогноз на последующие периоды с учетом сложившейся практики.

Во-вторых, необходимо пересмотреть организационную схему проведения осмотров. Наиболее рациональным является максимальный охват учреждений пребывания детей в первом квартале года, и в течение остальных трех кварталов следует осуществлять дополнительные посещения учреждений при условии обновления состава детей.

Безусловно, такой методологический подход более трудоемкий и ресурсозатратен, требует тщательного планирования, но при этом достигается максимальная эффективность проводимых мероприятий по диспансеризации детей, и опыт ряда субъектов Российской Федерации наглядно доказывает этот тезис. Вместе с тем, необходимо отметить следующее.

При составлении плана-графика по такой схеме большое значение имеет точность прогнозирования движения численности детей в течение года, одновременно увеличивается возможная погрешность при определении месячной численности. Однако неточности при составлении плана-графика не имеют существенного значения для оплаты счетов за фактически проведенную диспансеризацию. Действующая нормативная правовая база предусматривает механизм оплаты превышения запланированных показателей как ежемесячно, так и по итогам года. Необходимо учитывать также то, что показатели численности подлежат корректировке и органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации вправе переутверждать планы-графики с учетом активно складывающейся ситуации.

В прошлые годы принципиальное значение имел срок утверждения норматива финансовых затрат на проведение диспансеризации, что затруд-

няло ее финансирование с начала года и, соответственно, приводило к смещению сроков начала диспансеризации на второй квартал года, а фактически (с учетом отсутствия детей в учреждениях в летние месяцы) – на III-IV кварталы, но в 2009 году Федеральным фондом ОМС проведена работа по изменению нормативной правовой базы, и теперь оплате подлежат все законченные случаи диспансеризации, независимо от календарного срока начала ее проведения и даты утверждения нормативов финансовых затрат.

До настоящего времени в отдельных субъектах Российской Федерации отмечается дефицит узких специалистов, особенно – детских урологов-андрологов, детских эндокринологов, что весьма затрудняет проведение диспансеризации в полном объеме. Следует обращать внимание органов исполнительной власти на данную проблему, информировать Минздравсоцразвития России и Федеральный фонд ОМС о проблемах, препятствующих проведению диспансеризации.

Безусловно, при реализации такого важного мероприятия как диспансеризация детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, требующего слаженного взаимодействия целого ряда ведомств и структур, существует много особенностей, в том числе регионального характера, но при этом следует отметить, что только неравнодушный, нестандартный подход к решению возникающих проблем и вопросов является основой максимально эффективного исполнения принятых на систему ОМС обяза-

тельств, залогом полного и рационального использования финансовых средств, предусмотренных на данные цели в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования.



**Н.Н. Стадченко**

Краснодарский территориальный фонд ОМС

Новый подход к проведению вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи

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

Главной целью реформы здравоохранения является улучшение состояния здоровья населения и повышение качества медицинской помощи.

Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» в качестве первого шага системных преобразований в сфере здравоохранения позволила за сравнительно небольшой срок достичь существенных сдвигов в области охраны здоровья жителей Краснодарского края.

Изменилась ситуация в части доступности и качества медицинской помощи, многие диагностические и лечебные мероприятия, в том числе и высокотехнологичные, стали для граждан края бесплатными.

С 2007 года ЛПУ Краснодарского края приступили к реализации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в здравоохранении.

Модернизация здравоохранения, включающая меры по внедрению механизмов финансирования медицинской помощи с ориентацией на конечный результат, заставила по-новому взглянуть на качество оказываемой медицинской помощи.

Работа в прежнем режиме, когда в основном контроль ка-

чества медицинской помощи производился по завершению лечения пациента и сводился к применению финансовых санкций к лечебному учреждению, стала не отвечать современным требованиям.

С учетом задач, поставленных губернатором Краснодарского края А.Н. Ткачевым по совершенствованию контроля качества медицинских услуг, оказанных жителям и гостям нашего края, краевой фонд ОМС стал искать новые формы работы.

Совершенствование системы контроля оказанной меди-

цинской помощи начато с изучения проблем, приводящих к оказанию медицинской помощи ненадлежащего качества.

Специалистами Фонда совместно со страховыми медицинскими организациями с целью изучения мнения пациентов об условиях и качестве оказываемой медицинской помощи в медицинских учреждениях всех муниципальных образований края проводилось анонимное анкетирование.

Осуществлялись проверки выполнения медицинскими учреждениями необходимого

объема обследования и лечения пациентов в соответствии со стандартами, обоснованности госпитализации и соблюдения условий оказания медицинской помощи в выходные и праздничные дни, а также организации и качества лечебного питания.

Не секрет, что данные проверки вскрыли ряд проблем: были случаи и необоснованной госпитализации в круглосуточный стационар, и отсутствие пациентов в вечернее время и в выходные дни, а следовательно, медицинская помощь в эти дни им не оказывалась, что приводило к необоснованному завышению сроков госпитализации и нерациональному расходованию средств ОМС.

В 2007 году были внесены изменения в нормативные документы, регламентирующие проведение экспертизы качества медицинской помощи на территории края.

Если раньше экспертиза качества медицинской помощи проводилась страховыми медицинскими организациями в основном путем проверок медицинской документации по завершении лечения пациента, своевременно повлиять на те случаи, когда пациенту оказывается медицинская помощь не в полном объеме и не надлежащего качества, уже было нельзя. Поэтому с мая 2007 года страховые медицинские организации и Краснодарский территориальный фонд обязательного медицинского страхования с привлечением клиницистов ведущих клиник края, среди которых были кандидаты и доктора медицинских наук, стали проводить очные экспертизы.



Городская поликлиника №1 в Туапсе (Краснодарский край)

Данный вид экспертизы характерен тем, что проводится в период лечения больного, т. е. непосредственно «у постели» больного.

При этом анализируются истории болезней. Оценивается объем и своевременность проводимого обследо-

вания и лечения. В присутствии лечащего врача и заведующего отделением проводится осмотр пациента и при необходимости осуществляется коррекция лечения и объема обследования, а в сложных случаях решается вопрос о переводе пациента в



Детская краевая клиническая больница в Краснодаре. Проведение очной медицинской экспертизы



Центральная городская больница в Туапсе (Краснодарский край)

лечебное учреждение более высокого уровня.

Очные экспертизы дали возможность экспертам воочию убедиться в соответствии и адекватности назначенного лечения и обследования выставленному диагнозу и тяжести состояния пациента.

Важно, что очные экспертизы не ущемляют права лечащего врача, ответственного за лечение, а помогают своевременно устранить те или иные нарушения в объеме и качестве лечения и обследования пациента.

Кроме того, при обходе отделения врачами-экспертами, проводится беседа с пациентами по вопросам защиты прав застрахованных в системе ОМС, изучается их удовлетворенность оказываемой медицинской помощью.

В 2007 году очные экспертизы были проведены в 214 отделениях 130 ЛПУ края, проконсультировано было более восьми тысяч больных, находящихся на стационарном лечении. А в 2008 году очной экспертизой охвачено 613 от-

делений 321 стационара, и количество осмотренных больных составило более 24 тысяч человек.

Согласно мониторингу результатов очных экспертиз можно говорить о наличии позитивных изменений.

В 2007 году дефекты лечения были отмечены в 27% случаев, а в 2008 году количество данных нарушений уменьшилось практически в 1,5 раза и составило 17,7%.

Нарушения, связанные с выполнением необходимого объема обследования в 2007 году составляли 24%, а в 2008 году их количество уменьшилось в 1,3 раза и составило 19%.

Значительно уменьшилось количество случаев, связанных с необоснованной задержкой в переводе в другое отде-

ление или в ЛПУ (2007-4%, 2008-0,3%).

Количество случаев необоснованной госпитализации сократилось с 6% (2007г.) до 1,6% (2008г.), а количество случаев необоснованного завышения сроков стационарного лечения сократилось с 16% (2007г.) до 1,1% (2008г.).

Очные экспертизы вошли в практику страховых медицинских компаний и проводятся регулярно, чтобы обеспечить доступность и своевременность получения пациентами квалифицированной медицинской помощи.

Результаты проводимых экспертиз доводятся до сведения департамента здравоохранения края для принятия управленческих решений.

Мы уверены, что работа, проводимая фондом совместно со страховыми компаниями и департаментом здравоохранения края по улучшению качества медицинской помощи, по изучению проблем, приводящих к оказанию медицинской помощи ненадлежащего качества, принесут свои плоды, которые будут выражаться в удовлетворенности людей оказанной медицинской помощью и улучшении их здоровья.

НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ И ДОКУМЕНТЫ





РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН
от 18 июля 2009 года № 185-ФЗ
МОСКВА

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В СТАТЬИ 2 И 9.1 ЗАКОНА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ «О МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» И СТАТЬЮ 11 ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА «ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ПЕНСИОННОМ СТРАХОВАНИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

Принят Государственной Думой 24 июня 2009 года
Одобен Советом Федерации 7 июля 2009 года

Статья 1

Внести в Закон Российской Федерации от 28 июня 1991 года №1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (Ведомости Съезда народных депутатов РСФСР и Верховного Совета РСФСР, 1991, №27, ст. 920; Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, №17, ст. 602; Собрание законодательства Российской Федерации, 2003, №52, ст. 5037; 2006, №31, ст. 3436; 2008, №30, ст. 3616) следующие изменения:

1) в части второй статьи 2 слова «частные нотариусы» заменить словами «нотариусы, занимающиеся частной практикой»;

2) абзац третий части первой статьи 9.1 изложить в следующей редакции:

«страхователей - нотариусов, занимающихся частной практикой, по месту их жительства на основании представляемого в срок не позднее 30 дней со дня назначения на должность нотариуса заявления о регистрации в качестве страхователя и представляемых одновременно с указанным заявлением копий документа, подтверждающего назначение на должность нотариуса, документа, удостоверяющего личность страхователя, документов, подтверждающих его регистрацию по месту жительства и постановку его на учет в налоговом органе;».

Статья 2

Абзац третий пункта 1 статьи 11 Федерального закона от 15 декабря 2001 года №167-ФЗ «Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации» (Собрание

законодательства Российской Федерации, 2001, №51, ст. 4832; 2003, №52, ст. 5037; 2007, №30, ст. 3754; 2008, №30, ст. 3616) изложить в следующей редакции:

«нотариусов, занимающихся частной практикой, по месту их жительства на основании представляемого в срок не позднее 30 дней со дня назначения на должность нотариуса заявления о регистрации в качестве страхователя и представляемых одновременно с указанным заявлением копий документа, подтверждающего назначение на должность нотариуса, документа, удостоверяющего личность страхователя, документов, подтверждающих его регистрацию по месту жительства и постановку его на учет в налоговом органе;».

Статья 3

Установить, что регистрация в территориальных фондах обязательного медицинского страхования по месту жительства нотариусов, занимающихся частной практикой и зарегистрированных в качестве страхователей по месту осуществления их деятельности до дня вступления в силу настоящего Федерального закона, осуществляется на основании сведений, переданных территориальными фондами обязательного медицинского страхования, зарегистрировавшими нотариусов, занимающихся частной практикой, в качестве страхователей по месту осуществления их деятельности.

Статья 4

Установить, что регистрация в территориальных органах Пенсионного фонда Российской Федерации по месту жительства нотариусов, занимающихся частной практикой и зарегистрированных в качестве страхователей по месту осуществления их деятельности до дня вступления в силу настоящего Федерального закона, осуществляется на основании сведений, переданных территориальными органами Пенсионного фонда Российской Федерации, зарегистрировавшими нотариусов, занимающихся частной практикой, в качестве страхователей по месту осуществления их деятельности.

Президент Российской Федерации

Д.Медведев

Москва, Кремль
18 июля 2009 года
№ 185-ФЗ



ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 16 июля 2009 г. №581

МОСКВА

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ ПРОВЕДЕНИЯ РЕСТРУКТУРИЗАЦИИ ЗАДОЛЖЕННОСТИ ПО СТРАХОВЫМ ВЗНОСАМ В БЮДЖЕТЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ВНЕБЮДЖЕТНЫХ ФОНДОВ, ЧИСЛЯЩЕЙСЯ ЗА БЮДЖЕТНЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И МУНИЦИПАЛЬНЫМИ БЮДЖЕТНЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ ПО СОСТОЯНИЮ НА 1 ИЮЛЯ 2008 г., А ТАКЖЕ ПО ПЕНЯМ И ШТРАФАМ, НАЧИСЛЕННЫМ НА СУММУ УКАЗАННОЙ ЗАДОЛЖЕННОСТИ

В соответствии со статьей 20.1 Федерального закона «О введении в действие части второй Налогового кодекса Российской Федерации и внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации о налогах» Правительство Российской Федерации постановляет:

Утвердить прилагаемые Правила проведения реструктуризации задолженности по страховым взносам в бюджеты государственных внебюджетных фондов, числящейся за бюджетными учреждениями субъектов Российской Федерации и муниципальными бюджетными учреждениями по состоянию на 1 июля 2008 г., а также по пеням и штрафам, начисленным на сумму указанной задолженности.

Председатель Правительства
Российской Федерации

В.Путин

**ПРАВИЛА
ПРОВЕДЕНИЯ РЕСТРУКТУРИЗАЦИИ ЗАДОЛЖЕННОСТИ
ПО СТРАХОВЫМ ВЗНОСАМ В БЮДЖЕТЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ
ВНЕБЮДЖЕТНЫХ ФОНДОВ, ЧИСЛЯЩЕЙСЯ ЗА БЮДЖЕТНЫМИ
УЧРЕЖДЕНИЯМИ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И
МУНИЦИПАЛЬНЫМИ БЮДЖЕТНЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ ПО
СОСТОЯНИЮ НА 1 ИЮЛЯ 2008 г., А ТАКЖЕ ПО ПЕНЯМ И ШТРАФАМ,
НАЧИСЛЕННЫМ НА СУММУ УКАЗАННОЙ ЗАДОЛЖЕННОСТИ**

1. Настоящие Правила устанавливают порядок проведения реструктуризации задолженности по страховым взносам в бюджеты Пенсионного фонда Российской Федерации, Фонда социального страхования Российской Федерации, Государственного фонда занятости населения Российской Федерации (в части задолженности прошлых лет), Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, числящейся за бюджетными учреждениями субъектов Российской Федерации и муниципальными бюджетными учреждениями (далее - учреждения) по состоянию на 1 июля 2008 г., но не более размера задолженности по страховым взносам в бюджеты указанных государственных внебюджетных фондов по состоянию на 1-е число месяца, в котором подано заявление о проведении реструктуризации задолженности, а также задолженности по пеням и штрафам, начисленным на сумму указанной задолженности по страховым взносам по данным учета налоговых органов на дату принятия решения о реструктуризации задолженности (далее - задолженность).

Право на реструктуризацию задолженности реорганизованного учреждения, предоставленное в соответствии с настоящими Правилами, сохраняется за правопреемником (правопреемниками) учреждения.

2. В сумму задолженности, подлежащей реструктуризации в соответствии с настоящими Правилами, не включается задолженность:

по страховым взносам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний и по страховым взносам на обязательное пенсионное страхование;

отсроченная к взысканию в соответствии с решениями о предоставлении отсрочки (рассрочки) по уплате задолженности, принятыми до введения в действие части второй Налогового кодекса Российской Федерации.

3. Реструктуризация задолженности осуществляется налоговыми органами в соответствии с перечнями учреждений, представляемыми финансовыми органами соответственно субъектов Российской Федерации и муниципальных образований на основании представленных до 1 сентября 2009 г. главными распорядителями бюджетных средств перечней подведомственных им распорядителей и получателей бюджетных средств, сформированных в рамках установленных бюджетным законодательством Российской Федерации бюджетных полномочий.

4. Реструктуризация задолженности учреждения в соответствии с настоящими Правилами проводится 1 раз.

5. В отношении одного учреждения реструктуризация задолженности проводится одновременно в отношении бюджетов всех государственных внебюджетных фондов на основании решения налогового органа о реструктуризации путем предоставления рассрочки уплаты суммы задолженности по страховым взносам до 1 января 2010 г., задолженности по начисленным пеням и штрафам с 1 января 2010 г. по 1 января 2020 г.

С даты принятия налоговым органом решения о реструктуризации задолженности начисление пеней и штрафов на сумму задолженности по страховым взносам не производится.

Учреждение имеет право осуществить досрочное погашение задолженности.

6. Решение о реструктуризации задолженности может быть принято в отношении учреждения, которое осуществляло в течение 2 месяцев, предшествовавших месяцу подачи заявления о проведении реструктуризации задолженности, и в течение срока рассмотрения заявления и принятия налоговым органом соответствующего решения, который не может превышать 30 рабочих дней, полное внесение авансовых платежей по единому социальному налогу.

7. Реструктуризация задолженности осуществляется в соответствии с графиком погашения задолженности по страховым взносам и графиком погашения задолженности по начисленным пеням и штрафам. Указанные графики предусматривают осуществление учреждением соответствующих платежей равными частями не реже 1 раза в квартал.

8. Учреждение подает в налоговый орган по месту постановки его на учет в качестве налогоплательщика до 1 ноября 2009 г. заявление о проведении реструктуризации задолженности с приложением:

а) справки о задолженности по страховым взносам, начисленным пеням и штрафам на 1-е число месяца подачи заявления;

б) справки, подтверждающей фактическое поступление авансовых платежей по единому социальному налогу в сумме обязательных начислений в течение 2 месяцев, предшествовавших месяцу подачи заявления;

в) документов, подтверждающих ранее предоставленные отсрочки (рассрочки) по уплате задолженности, решения о предоставлении которых приняты до введения в действие части второй Налогового кодекса Российской Федерации;

г) проекта графика погашения задолженности по страховым взносам, а также проекта графика погашения задолженности по начисленным пеням и штрафам, согласованного с соответствующими внебюджетными фондами. Указанные графики утверждаются налоговым органом.

9. Требовать от учреждения представления документов, не предусмотренных настоящими Правилами, запрещается.

10. Заявление учреждения о проведении реструктуризации задолженности, поданное с нарушением настоящих Правил, в течение 15 рабочих дней со дня его получения вместе с приложенными к нему документами возвращается учреждению налоговым органом с указанием причин возврата.

11. Налоговый орган в течение 30 рабочих дней со дня получения заявления учреждения о проведении реструктуризации задолженности рассматривает его и приложенные к нему документы и принимает решение о реструктуризации задолженности.

12. В решении о реструктуризации задолженности учреждения указываются:

а) полное наименование учреждения, место его нахождения и идентификационный номер налогоплательщика;

б) сумма задолженности в отношении каждого государственного внебюджетного фонда;

в) графики погашения учреждением задолженности;

г) обязательство учреждения осуществлять своевременно и в полном объеме платежи в погашение задолженности в соответствии с утвержденными графиками, а также авансовые платежи по единому социальному налогу.

13. Учреждение утрачивает право на реструктуризацию задолженности при неуплате платежей в размерах и (или) в сроки, установленные графиками погашения задолженности, и (или) при наличии по состоянию на 1-е число месяца, следующего за истекшим кварталом, задолженности по уплате авансовых платежей по единому социальному налогу.

При возникновении указанных обстоятельств налоговый орган, принявший решение о реструктуризации задолженности, в месячный срок принимает решение о его отмене и взыскании в соответствии с законодательством Российской Федерации о налогах и сборах задолженности.

При этом восстанавливается начисление пеней на сумму задолженности по страховым взносам, оставшуюся не погашенной на дату принятия решения об отмене решения о реструктуризации.

Невыполнение графика погашения задолженности в отношении одного из государственных внебюджетных фондов не влечет прекращения реструктуризации задолженности в отношении других фондов.

14. Копии решений о реструктуризации задолженности учреждения или об отмене решения о реструктуризации задолженности направляются налоговым органом в соответствующие внебюджетные фонды в течение 15 рабочих дней со дня принятия решения.

15. Контроль за исполнением учреждением обязательств по погашению задолженности, а также по своевременной и полной уплате авансовых платежей по единому социальному налогу в течение всего срока рассрочки задолженности осуществляется налоговым органом.



ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ от 13 августа 2009 г. №1163-р МОСКВА

В соответствии с частью 6 статьи 25 Федерального закона «О федеральном бюджете на 2009 год и на плановый период 2010 и 2011 годов» направить в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования 12350,9 млн. рублей для направления межбюджетных трансфертов бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на реализацию территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи с распределением согласно Приложению.

Председатель Правительства
Российской Федерации

В.Путин

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ МЕЖБЮДЖЕТНЫХ ТРАНСФЕРТОВ БЮДЖЕТАМ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА РЕАЛИЗАЦИЮ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Субъекты Российской Федерации	(млн. рублей) Сумма
Республика Адыгея (Адыгея)	12,2
Республика Алтай.....	8,4
Республика Башкортостан.....	378,9
Республика Бурятия.....	53,4
Кабардино-Балкарская Республика.....	4,1
Республика Карелия.....	37,9
Республика Коми	108,0
Республика Марий Эл	60,9
Республика Мордовия	48,9
Республика Саха (Якутия)	145,2
Республика Татарстан (Татарстан)	452,8
Республика Тыва.....	5,5
Удмуртская Республика	180,1
Республика Хакасия	39,9
Чувашская Республика - Чувашия	132,9
Алтайский край.....	105,6
Забайкальский край.....	93,2
Краснодарский край	58,7
Красноярский край.....	259,1
Пермский край	409,0
Приморский край	30,0
Ставропольский край.....	37,8
Хабаровский край.....	96,1
Амурская область.....	33,8
Архангельская область	140,5
Белгородская область	135,6
Брянская область.....	105,9
Владимирская область.....	118,5
Волгоградская область	171,8
Вологодская область	240,7
Ивановская область	61,6
Иркутская область	321,0
Калининградская область	126,7
Калужская область.....	71,4

Кировская область.....	72,3
Костромская область	57,6
Курганская область.....	72,9
Курская область	90,0
Ленинградская область	155,5
Липецкая область	186,8
Московская область	570,6
Мурманская область	14,0
Нижегородская область	396,9
Новгородская область.....	47,0
Новосибирская область.....	256,4
Омская область	299,3
Орловская область	65,7
Пензенская область.....	55,7
Псковская область.....	35,8
Ростовская область	109,8
Рязанская область	105,7
Самарская область	322,1
Саратовская область.....	51,8
Сахалинская область	69,5
Свердловская область.....	484,3
Смоленская область.....	57,4
Тамбовская область	37,9
Томская область.....	101,0
Тульская область	83,8
Тюменская область	174,2
Ульяновская область	95,4
Челябинская область	780,1
Ярославская область	222,3
Город Москва.....	1808,7
Город Санкт-Петербург.....	381,6
Еврейская автономная область.....	10,5
Ненецкий автономный округ	22,2
Ханты-Мансийский автономный округ - Югра.....	594,0
Чукотский автономный округ	8,2
Ямало-Ненецкий автономный округ	167,8
Всего	12350,9



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ**

**Комментарий к распоряжению Правительства
Российской Федерации от 13 августа 2009 г. № 1163-р**

Реализация конституционных прав граждан Российской Федерации на получение бесплатной медицинской помощи осуществляется в субъектах Российской Федерации путем формирования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, составной частью которых являются территориальные программы обязательного медицинского страхования. Финансовое обеспечение территориальных программ обязательного медицинского страхования осуществляется бюджетами территориальных фондов обязательного медицинского страхования. Мониторинг исполнения бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования показал в сложившихся экономических условиях недопоступление налоговых доходов территориальных фондов обязательного медицинского страхования в сравнении со значениями налоговых доходов, утвержденных в бюджетах территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Учитывая, что на основе утвержденных бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования сформированы тарифные соглашения с медицинскими учреждениями, в которых предусмотрен уровень заработной платы медицинских работников, расходы на приобретение материалов и другие расходы, обеспечивающие лечебный процесс, сокращение налоговых доходов территориальных фондов обязательного медицинского страхования осложняет реализацию социальных обязательств субъектов Российской Федерации.

Проектом распоряжения Правительства Российской Федерации, в целях частичной компенсации сокращения доходов бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования, предполагается предоставление 12350,9 млн. руб. из федерального бюджета в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования для последующего направления межбюджетных трансфертов бюджетам 70 территориальных фондов обязательного медицинского страхования на реализацию территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, налоговые доходы которых ниже уровня прошлого года с учетом индекса потребительских цен и ниже показателей, установленных в законах о бюджетах территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Предоставление на указанные цели средств предусмотрено пунктом 6 статьи 25 Федерального закона от 24 ноября 2008 г. № 204-ФЗ «О федеральном бюджете на 2009 год и на плановый период 2010 и 2011 годов» (в ред. от 28.04.2009 № 76-ФЗ) и пунктом 4 статьи 4 Федерального закона 25 ноября 2008 г. № 215-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2009 год и на плановый период 2010 и 2011 годов» (в ред. от 28.04.2009 № 79-ФЗ).

Предлагаемые меры поддержки территориальных фондов обязательного медицинского страхования позволят сократить недостаток средств на реализацию программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, предоставят возможность территориальным фондам обязательного медицинского страхования осуществлять расчеты с медицинскими учреждениями за оказанную медицинскую помощь и обеспечить расходы по выплате заработной платы работникам медицинских учреждений, доля которых составляет более 75% в средствах обязательного медицинского страхования.



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ПРИКАЗ

от 16 апреля 2009 г. №195н
МОСКВА

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМ И ПОРЯДКА
ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ОРГАНАМИ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ
СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ТЕРРИТОРИАЛЬНЫМИ ФОНДАМИ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ СВЕДЕНИЙ,
НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ В 2009 ГОДУ СРЕДСТВ
НОРМИРОВАННОГО СТРАХОВОГО ЗАПАСА ФЕДЕРАЛЬНОГО
ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
НА УВЕЛИЧЕНИЕ ДОТАЦИЙ БЮДЖЕТАМ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ
ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
НА ВЫПОЛНЕНИЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
В РАМКАХ БАЗОВОЙ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

В соответствии с пунктом 2 Постановления Правительства Российской Федерации от 28 января 2009 г. №69 «О порядке использования в 2009 году Федеральным фондом обязательного медицинского страхования средств нормированного страхового запаса» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2009, №6, ст. 740) приказываю:

1. Утвердить:

форму сведений о финансовом обеспечении территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи по источникам ее финансового обеспечения согласно приложению №1;

форму сведений территориального фонда обязательного медицинского страхования о финансировании территориальной программы обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования согласно приложению №2;

Порядок предоставления органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения и территориальными фондами обязательного медицинского страхования сведений, необходимых для направления в 2009 году средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования на увеличение дотаций бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования согласно приложению №3.

2. Департаменту развития медицинского страхования (В.А. Зеленский) в срок до 1 сентября 2009 г. подготовить проект приказа Минздравсоцразвития России об утверждении коэффициентов стимулирования (0,9 или 1,3) эффективности реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования по результатам комплексной оценки эффективности реализации территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи за 2008 год.

3. Настоящий Приказ распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2009 г.

4. 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 16 апреля 2009 г. №195н

**Сведения
о финансовом обеспечении территориальной программы государственных
гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной
медицинской помощи по источникам ее финансового обеспечения <*>
по состоянию на _____ 2009 года**

(наименование субъекта Российской Федерации)

№ п/п	Наименование показателей	Утвержденная стоимость террито- риальной программы государст- венных гарантий оказания граж- данам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009 год, тыс. руб.	Кассовое исполнение за отчетный период, тыс. руб.
1	2	3	4
1.	Стоимость территориальной про- граммы - всего (сумма строк 2 + 3)		
	в том числе:		

1	2	3	4
2.	За счет средств консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации *		
3.	Стоимость территориальной программы ОМС - всего, в том числе за счет:		
4.	средств ОМС из них:		
5.	единый социальный налог (ЕСН) и другие налоговые поступления		
6.	страховые взносы (платежи) на ОМС неработающего населения		
7.	прочие поступления, включая дотации Федерального фонда ОМС		
8.	средств консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на содержание медицинских организаций, работающих в системе ОМС		
9.	из них: на оплату труда		

 * Без учета бюджетных ассигнований федерального бюджета на обеспечение отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами (ОНЛС), реализацию национального проекта «Здоровье» и целевые программы.

Руководитель органа исполнительной власти
 субъекта Российской Федерации
 в сфере здравоохранения

(подпись)

(расшифровка подписи)

Исполнительный директор
 территориального фонда ОМС

(подпись)

(расшифровка подписи)

Главный бухгалтер
 территориального фонда ОМС

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.

Дата составления _____ 2009 г. Исполнитель _____

(ФИО)

(телефон)

Сведения
территориального фонда обязательного медицинского страхования
о финансировании территориальной программы обязательного медицинского
страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского
страхования по состоянию на _____ 2009 года

(наименование субъекта Российской Федерации)

№ п/п	Наименование показателей	В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 5 декабря 2008 г. №913, тыс. руб.	Утверждено на теку- щий год согласно бюд- жетной росписи терри- ториального фонда ОМС, тыс. руб.	Исполнено с начала года на 01 __ 2009 г., тыс. руб.
1	2	3	4	5
1.	Стоимость территори- альной программы ОМС в рамках базовой программы ОМС		X	X
2.	Расходы на финанси- рование территориальной программы ОМС	X		
3.	Остаток средств ОМС на конец отчетного периода - всего	X		
4.	в том числе нормирован- ный страховой запас территориального фонда ОМС	X		

Справочно указываются реквизиты нормативных документов (дата, номер, заголовков), на основании которых представлены данные.

Руководитель органа исполнительной власти
субъекта Российской Федерации
в сфере здравоохранения

(подпись)

(расшифровка подписи)

Исполнительный директор
территориального фонда ОМС

(подпись)

(расшифровка подписи)

Главный бухгалтер
территориального фонда ОМС

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.

Дата составления _____ 2009 г. Исполнитель _____
(ФИО) (телефон)

Порядок предоставления органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения и территориальными фондами обязательного медицинского страхования сведений, необходимых для направления в 2009 году средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования на увеличение дотаций бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования

1. Настоящий Порядок разработан в соответствии с пунктом 2 Постановления Правительства Российской Федерации от 28 января 2009 г. №69 «О порядке использования в 2009 году Федеральным фондом обязательного медицинского страхования средств нормированного страхового запаса» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2009, №6, ст. 740) и определяет правила и условия предоставления сведений, необходимых для направления в 2009 году средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - Фонд) на увеличение дотаций бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (далее - средства нормированного страхового запаса).

2. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения совместно с территориальными фондами обязательного медицинского страхования предоставляют ежеквартально нарастающим итогом в срок до 20 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации сведения по форме, предусмотренной приложением №1 к Приказу Минздравсоцразвития России от 16 апреля 2009 г. №195н. При этом сведения об утвержденной стоимости территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009 год уточняются в случае внесения изменений в законодательные и иные нормативные правовые акты субъекта Российской Федерации.

3. Территориальные фонды обязательного медицинского страхования предоставляют ежемесячно в срок до 10 числа месяца, следующего за отчетным, по состоянию на 1 число отчетного периода в Фонд сведения о финансировании территориальной программы обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования по форме, предусмотренной приложением №2 к Приказу Минздравсоцразвития России от 16 апреля 2009 г. №195н (далее - сведения территориального фонда ОМС).

4. Остаток средств обязательного медицинского страхования на конец отчетного периода, указанный в строке 3 сведений территориального фонда ОМС, определяется на основании данных бухгалтерского учета и подтверждается банковскими выписками по всем счетам, на которых учитываются средства обязательного медицинского страхования.



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Информационное письмо
от 27 мая 2009 г. № 2393/21-2/и

Исполнительным директорам
территориальных фондов
обязательного медицинского страхования

О направлении приказа Минздравсоцразвития России и разъяснениях по заполнению Сведений

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее – Фонд) направляет для руководства и использования в работе приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16.04.2009 № 195н «Об утверждении форм и порядка предоставления органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения и территориальными фондами обязательного медицинского страхования сведений, необходимых для направления в 2009 году средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования на увеличение дотаций бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования», зарегистрированный в Министерстве юстиции Российской Федерации от 13.05.2009 № 13916 («Российская газета» № 4916, 22.05.2009).

Сведения о финансировании территориальной программы обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, утвержденные вышеуказанным приказом (Приложение №2) (Далее - Сведения) заполняются нарастающим итогом с начала года по состоянию на 1 июля и представляются в срок до 10 июня т.г.

Далее Сведения представляются ежемесячно до 10-го числа по состоянию на конец отчетного периода.

При заполнении Сведений необходимо руководствоваться следующим.

Стоимость территориальной программы обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (стр. 1, гр. 3) определяется путем перемножения подушевого норматива финансового обеспечения из средств обязательного медицинского страхования (4059,6 тыс.рублей), установленного в разделе V Программы государственных гарантий оказания гражд-

данам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009 год, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 5 декабря 2008 г. № 913 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2008, № 50, ст. 5942), численности застрахованного населения субъекта Российской Федерации на 1 января 2009 г., соответствующей данным формы № 8 ведомственного статистического наблюдения «Сведения о численности граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию», утвержденной приказом Фонда от 23.03.2005 № 30 «Об утверждении форм ведомственного статистического наблюдения и порядка их заполнения» (в ред. от 24.06.2005 № 65), и районного коэффициента.

Понятие фактически сложившейся стоимости территориальной программы обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования определяется как расходы на финансирование территориальной программы обязательного медицинского страхования территориального фонда обязательного медицинского страхования (стр. 2, гр. 5) и остаток средств обязательного медицинского страхования в территориальном фонде обязательного медицинского страхования (стр. 3, гр. 5) на отчетную дату.

Расходы на финансирование территориальной программы обязательного медицинского страхования, отраженные в стр. 2 Сведений должны соответствовать данным, отраженным по коду строки 210 формы 0503117, показатели которой утверждены приказом Фонда от 07.05.2008 № 99 «Об утверждении состава показателей по ф. 0503117 «Отчет об исполнении бюджета».

Строка 3 гр. 5 Сведений заполняется на основании данных бухгалтерского учета и подтверждается банковскими выписками по счетам ТФОМС, на которых учитываются средства ОМС: счет для учета средств ОМС, счет для учета средств на обязательное медицинское страхование неработающего населения (детей) за счет средств федерального бюджета, счет для учета средств на выполнение управленческих функций ТФОМС, счет для учета средств НСЗ ТФОМС. Одновременно с вышеуказанными выписками в Фонд предоставляется справка территориального фонда ОМС за подписью исполнительного директора и главного бухгалтера, заверенная печатью, об остатках средств ОМС, в связи с тем, что на счетах ТФОМС могут находиться также средства, не относящиеся к средствам ОМС, т.е. средства, перечисленные в ТФОМС на оказание дополнительной медицинской помощи в 2009 году, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей), различные региональные программы и т.п.

Председатель

А.В. Юрин



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ПРИКАЗ

от 20 августа 2009 г. №191
МОСКВА

О СОВЕТЕ ИСПОЛНИТЕЛЬНЫХ ДИРЕКТОРОВ ФОНДОВ ОМС

В связи с проведением организационно-штатных мероприятий в Федеральном фонде ОМС и совершенствованием деятельности Совета исполнительных директоров фондов обязательного медицинского страхования приказываю:

1. Утвердить Положение о Совете исполнительных директоров фондов обязательного медицинского страхования (Приложение 1).
2. Утвердить состав Совета исполнительных директоров фондов обязательного медицинского страхования (приложение 2 - не приводится).
3. Назначить секретарем Совета исполнительных директоров фондов обязательного медицинского страхования Н.Н. Громову - начальника отдела по обеспечению взаимодействия с регионами и методологии сопровождения социальных программ Управления организации ОМС.
4. Возложить на Управление организации ОМС (С.Г. Кравчук) обеспечение подготовки и проведения заседаний Совета исполнительных директоров фондов обязательного медицинского страхования.
5. Приказы ФОМС от 28.02.2007 №31 «Об утверждении Положения о Совете исполнительных директоров фондов обязательного медицинского страхования», от 05.10.2007 №215 «О внесении изменений в Приказ ФОМС от 28.02.2007 №31 «Об утверждении Положения о Совете исполнительных директоров фондов обязательного медицинского страхования», от 20.12.2007 №310 «О внесении изменений в Приказ ФОМС от 28.02.2007 №31 «Об утверждении Положения о Совете исполнительных директоров фондов обязательного медицинского страхования», от 16.05.2008 №103 «О внесении изменений в Приказ ФОМС от 28.02.2007 №31» считать утратившими силу.

Председатель

А.В.ЮРИН

ПОЛОЖЕНИЕ О СОВЕТЕ ИСПОЛНИТЕЛЬНЫХ ДИРЕКТОРОВ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящее Положение определяет статус, порядок создания, регламент и порядок деятельности, функции и компетенцию Совета исполнительных директоров фондов обязательного медицинского страхования (далее - Совет), порядок назначения и ответственность членов Совета директоров, порядок созыва и проведения заседаний Совета директоров.

1.2. Совет является консультативно-совещательным органом фондов обязательного медицинского страхования и создается при Федеральном фонде обязательного медицинского страхования в целях коллегиального решения вопросов и выработки предложений по реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования и социальных программ в сфере здравоохранения.

1.3. Совет осуществляет свою деятельность в соответствии с настоящим Положением.

2. ЗАДАЧИ И ФУНКЦИИ СОВЕТА

2.1. Основной задачей Совета является координация деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования по вопросам реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования и социальных программ в сфере здравоохранения, обобщения и распространения положительного опыта по созданию эффективных механизмов защиты прав пациентов и контроля качества оказания медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС.

2.2. Для выполнения основной задачи на Совет возложены следующие функции:

2.2.1. Подготовка предложений по разработке нормативных правовых актов и методических документов, регулирующих отношения между субъектами и участниками системы обязательного медицинского страхования.

2.2.2. Рассмотрение и подготовка предложений по актуальным вопросам работы фондов обязательного медицинского страхования.

2.2.3. Заслушивание и обсуждение отчетов исполнительных директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования о работе территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

2.2.4. Рассмотрение и обсуждение проектов нормативных правовых и методических документов по обязательному медицинскому страхованию.

2.2.5. Определение текущих и перспективных задач фондов обязательного медицинского страхования по развитию и модернизации системы обязательного медицинского страхования.

2.2.6. Осуществление мероприятий по проведению согласованной политики фондов обязательного медицинского страхования при организации взаиморасчетов за медицинскую помощь в объеме базовой программы ОМС, оказанной гражданам Российской Федерации за пределами территории страхования.

3. ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ СОСТАВ СОВЕТА

3.1. Состав Совета устанавливается в количестве 15 человек и утверждается председателем Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

3.2. Председателем Совета является председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

3.3. Заместителем председателя Совета является заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

3.4. На время отсутствия председателя Совета заместитель председателя Совета выполняет его обязанности.

3.5. Секретарь Совета назначается председателем Совета из числа работников Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

3.6. На заседаниях Совета могут присутствовать руководители структурных подразделений фондов обязательного медицинского страхования с правом совещательного голоса, а также приглашенные официальные и неофициальные лица.

4. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СОВЕТА

4.1. Заседание Совета созывается председателем Совета по мере необходимости, но не реже одного раза в квартал.

4.2. В случае необходимости председатель Совета может принять решение о проведении внепланового заседания Совета.

4.4. Заседания Совета проводятся в соответствии с повесткой, утвержденной председателем Совета.

4.5. Повестка заседания Совета и список приглашенных участников утверждается председателем Совета не позднее чем за 14 дней до даты проведения заседания Совета.

4.6. Уведомление о проведении заседания Совета направляется секретарем Совета каждому члену Совета в письменной форме не позднее чем за 7 дней до назначенной даты проведения заседания.

4.7. Кворум для проведения заседания Совета составляет не менее двух третей от числа членов Совета, определенного Положением.

4.8. Член Совета вправе передавать свои полномочия по участию в заседании Совета и в голосовании по решениям Совета своему доверенному лицу путем выдачи доверенности.

4.9. Решения Совета принимаются открытым голосованием простым большинством голосов от общего числа членов Совета, присутствующих на заседании. В случае равенства голосов по обсуждаемому вопросу голос председательствующего является решающим.

4.10. На заседании Совета секретарем Совета ведется протокол.

4.11. Протокол заседания Совета составляется не позднее 5 дней после его проведения и подписывается председательствующим на заседании и секретарем Совета, которые отвечают за правильность составления протокола.

4.11. Решения, принятые Советом, доводятся до сведения членов Совета в письменной форме.

5. ОБЯЗАННОСТИ И ПРАВА ЧЛЕНОВ СОВЕТА

5.1. Члены Совета имеют право:

5.1.1. Получать информацию о деятельности Совета;

- 5.1.2. Вносить предложения в повестку дня заседаний Совета;
- 5.1.3. Привлекать специалистов Федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования к участию на заседаниях Совета.
- 5.2. Члены Совета обязаны:
- 5.2.1. Соблюдать настоящее Положение и выполнять решения Совета;
- 5.2.2. Принимать участие в деятельности Совета;
- 5.2.3. Предоставлять информацию, необходимую для решения вопросов, связанных с деятельностью Совета.

Приложение 2
К приказу ФОМС
От 20.08.2009 № 191

СОСТАВ

Совета исполнительных директоров фондов обязательного медицинского страхования

1. Юрин Андрей Владимирович - председатель Совета исполнительных директоров фондов обязательного медицинского страхования.
2. Иванова Людмила Николаевна – заместитель председателя Совета исполнительных директоров фондов обязательного медицинского страхования, заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Члены Совета :

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 3. Бабин Вадим Владимирович | исполнительный директор
Пермского краевого фонда ОМС |
| 4. Волков Дмитрий Юрьевич | исполнительный директор Чукотского
территориального фонда ОМС |
| 5. Долгова Ирина Викторовна | исполнительный директор территориального
фонда ОМС Алтайского края |
| 6. Исмаилов Исмаил Шейхович | исполнительный директор Республиканского
фонда ОМС « Дагестан » |
| 7. Колабутин Валерий Михайлович | исполнительный директор территориального
фонда ОМС Санкт- Петербурга |
| 8. Машков Юрий Иванович | исполнительный директор Мордовского
Республиканского фонда ОМС |
| 9. Решетников Андрей Вениаминович | исполнительный директор Московского
городского фонда ОМС |



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

№01И-601/09

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКО- ГО СТРАХОВАНИЯ

№4326/26-И

ПИСЬМО

от 14 сентября 2009 г.

ОБ УПОРЯДОЧЕНИИ СИСТЕМЫ КОНТРОЛЯ ЗА ПРОВЕДЕНИЕМ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

В целях упорядочения и совершенствования межведомственного взаимодействия при осуществлении контроля за организацией и проведением мероприятий дополнительной диспансеризации работающих граждан и диспансеризацией пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и Федеральный фонд обязательного медицинского страхования сообщают.

Дополнительная диспансеризация работающих граждан и диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, являются одними из направлений реализации приоритетного национального проекта «Здоровье».

Порядок организации и финансирования диспансеризации, контроль за расходованием выделенных на ее проведение средств субсидий, а также порядок мониторинга, ведения и предоставления отчетности о предоставленных в рамках диспансеризации медицинских услуг гражданам, установлены нормативными правовыми актами: постановлениями Правительства Российской Федерации от 24.12.2007 №921 (в ред. от 31.12.2008) и от 29.12.2007 №945 (в ред. от 10.03.2009); приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20.02.2008 №80н, от 21.04.2008 №183н и от 24.02.2009 №67н; приказами Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.03.2008 №50 и от 24.02.2009 №33.

Согласно указанным нормативным правовым актам, контроль за целевым использованием средств возложен на территориальные фонды обязательного медицинского страхования (ТФОМС). Полномочия правоприменительного характера при выявлении нарушений целевого расходования средств межбюджетных трансфертов в виде целевых субсидий осуществляются органами государственной власти в установленном порядке в соответствии с действующим законодательством.

Контроль со стороны ТФОМС предусматривает осуществление медико-экономической экспертизы реестров счетов, представленных учреждениями здравоохранения на оплату, за законченные случаи диспансеризации. Медико-экономическая экспертиза включает, в том числе, проверку соответствия сведений в счетах данным первичной медицинской документации.

Полномочия по контролю за организацией проведения диспансеризации возложены на Росздравнадзор.

В целях упорядочения взаимодействия между управлениями Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации и ТФОМС при осуществлении контроля за проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан и диспансеризацией пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, рекомендуем:

- заключение между управлениями Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации и ТФОМС договоров о сотрудничестве, устанавливающих порядок представления и обмена информацией о выявленных проверками проведенных с нарушениями случаях диспансеризации и применении к нарушителям финансовых санкций;

- проведение межведомственных совещаний с участием руководителей учреждений здравоохранения по вопросам соблюдения порядка и условий расходования выделенных на диспансеризацию средств и принятия мер по усилению контроля за соблюдением надлежащего качества медицинских услуг, оказываемых гражданам в рамках проведения диспансеризации;

- оказание методической помощи учреждениям здравоохранения по вопросам организации проведения диспансеризации.

Руководитель Федеральной
службы по надзору в сфере
здравоохранения и
социального развития

Н.В.ЮРГЕЛЬ

Председатель Федерального фонда
обязательного медицинского
страхования

А.В.ЮРИН



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ**

**Комментарий к совместному письму ФОМС и Росздравнадзора
от 14 сентября 2009 года №4326/26-и «Об упорядочении системы
контроля за проведением дополнительной диспансеризации»**

В целях упорядочения и совершенствования межведомственного взаимодействия при осуществлении контроля за организацией и проведением мероприятий дополнительной диспансеризации работающих граждан и диспансеризацией пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования издано совместное информационное письмо от 14 сентября 2009 года №4326/26-и «Об упорядочении системы контроля за проведением дополнительной диспансеризации».



ФЕДЕРАЛЬНАЯ НАЛОГОВАЯ СЛУЖБА

ПИСЬМО

от 16 сентября 2009 г. №ШС-22-3/717@

О ФОРМАХ ОТЧЕТНОСТИ ПО ЕСН И СТРАХОВЫМ ВЗНОСАМ ЗА 2009 ГОД И ИЗМЕНЕНИИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА С 01.01.2010

В связи с принятием Федеральных законов от 24.07.2009 №212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования» (далее - Федеральный закон №212-ФЗ) и №213-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных законодательных актов (положений законодательных актов) Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования» (далее - Федеральный закон №213-ФЗ) Федеральная налоговая служба информирует о следующем.

Согласно пункту 2 статьи 24 Федерального закона №213-ФЗ с 01.01.2010 глава 24 «Единый социальный налог» Налогового кодекса Российской Федерации признается утратившей силу.

Вместе с тем в статье 38 данного Закона определено, что права и обязанности участников отношений, регулируемых законодательством Российской Федерации о налогах и сборах, возникшие в отношении налоговых периодов по ЕСН, истекших до 01.01.2010, осуществляются в порядке, установленном Налоговым кодексом Российской Федерации с учетом положений главы 24 части второй Налогового кодекса Российской Федерации, действовавшей до дня вступления в силу пункта 2 статьи 24 настоящего Федерального закона. Пунктом 21 статьи 27 Федерального закона №213-ФЗ с 01.01.2010 отменяется порядок исчисления и представления отчетности в налоговые органы по страховым взносам на обязательное пенсионное страхование. При этом согласно пункту 1 статьи 59 Федерального закона №212-ФЗ по отчету за 2009 год плательщики страховых взносов на обязательное пенсионное страхование не позднее 30 марта 2010 года должны представить в налоговые органы декларацию по данным платежам.

В этой связи обращаем внимание, что за 2009 год последний авансовый платеж по единому социальному налогу (далее - ЕСН) и страховым взносам на обязательное пенсионное страхование должен быть уплачен по сроку не позднее 15 января 2010 года (за декабрь 2009 года).

Декларации по ЕСН и страховым взносам на обязательное пенсионное страхование за 2009 год должны быть представлены в налоговые органы по следующим формам:

1. налогоплательщиками, производящими выплаты физическим лицам, по формам, утвержденным:

- Приказом Минфина России от 29.12.2007 №163н «Об утверждении формы налоговой декларации по единому социальному налогу для налогоплательщиков, производящих выплаты физическим лицам, и Порядка ее заполнения»;

- Приказом Минфина России от 27.02.2006 №30н «Об утверждении формы декларации по страховым взносам на обязательное пенсионное страхование для лиц, производящих выплаты физическим лицам, и Порядка ее заполнения»;

2. индивидуальными предпринимателями, адвокатами, нотариусами, занимающимися частной практикой, - по форме, утвержденной Приказом Минфина России от 17.12.2007 №132н «Об утверждении формы налоговой декларации по единому социальному налогу для индивидуальных предпринимателей, адвокатов, нотариусов, занимающихся частной практикой, и Порядка ее заполнения»;

3. коллегиями адвокатов, адвокатскими бюро и юридическими консультациями - по форме, утвержденной Приказом Минфина России от 06.02.2006 №23н «Данные об исчисленных суммах единого социального налога с доходов адвокатов».

Федеральным законом №212-ФЗ с 01.01.2010 вводятся страховые взносы, которые будут уплачиваться в государственные внебюджетные фонды.

Статьей 3 Федерального закона №212-ФЗ контроль за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты страховых взносов в государственные внебюджетные фонды возложен на Пенсионный фонд Российской Федерации и его территориальные органы в отношении страховых взносов на обязательное пенсионное страхование, уплачиваемых в Пенсионный фонд Российской Федерации, и страховых взносов на обязательное пенсионное страхование, уплачиваемых в фонды обязательного медицинского страхования, и Фонд социального страхования Российской Федерации и его территориальные органы в отношении страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, уплачиваемых в Фонд социального страхования Российской Федерации (далее - органы контроля за уплатой страховых взносов). В соответствии с подпунктом 1 пункта 1 статьи 28 Федерального закона №212-ФЗ плательщики страховых взносов вправе получать по месту своего учета от органов контроля за уплатой страховых взносов бесплатно информацию (в том числе в письменной форме) о законодательстве Российской Федерации о страховых взносах и принятых в соответствии с ним нормативных правовых актах, порядке исчисления и уплаты страховых взносов, а также получать формы расчетов по начисленным и уплаченным страховым взносам и разъяснения о порядке их заполнения.

Согласно подпункту 2 пункта 1 статьи 28 Федерального закона №212-ФЗ плательщики страховых взносов вправе получать от федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере социального страхования, письменные ответы на вопросы, касающиеся применения законодательства Российской Федерации о страховых взносах.

На основании пункта 1 статьи 1 Постановления Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 №321 федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, социального развития, социального страхования, является Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Управлениям ФНС России по субъектам Российской Федерации и Межрегиональным инспекциям ФНС России по крупнейшим налогоплательщикам довести данную информацию до нижестоящих налоговых органов и налогоплательщиков.

Действительный
государственный советник
Российской Федерации
2 класса

С.Н.ШУЛЬГИН