

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ

МЕДИЦИНСКОЕ

СТРАХОВАНИЕ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ
Ф О Н Д
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

2 - 2010

Министр здравоохранения и социального развития Российской Федерации Т.А. Голикова: «Нам удалось избежать широкомасштабных социальных конфликтов»

Итоги проведения мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье» и мер по улучшению демографической ситуации в 2009 году



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ №2, 2010

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 2010*2

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

А. В. Юрин
Председатель ФОМС

ЗАМЕСТИТЕЛИ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА:

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

Л. Н. Иванова
Заместитель председателя ФОМС

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

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

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

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

С. Г. Кравчук
Начальник Управления организации ОМС ФОМС

Д. Ю. Кузнецов
Генеральный директор Межрегионального Союза
Медицинских Страховщиков

И. В. Плешков
Начальник Контрольно-ревизионного управления ФОМС

А. В. Решетников
Исполнительный директор Московского городского фонда ОМС

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

О. В. Царева
Начальник Управления модернизации системы ОМС ФОМС

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

«Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации»
Научно-практический журнал № 2, 2010 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
00.04.2010 года
Тираж: 3000 экз.
Формат 205 x 275 мм
Объем 104 полосы

Адрес редакции:
105062, г. Москва,
ул. Покровка, 47/24,
Дом печати
«Столичный бизнес»
Тел.: (495) 916-39-84;
E-mail: journal-oms@yandex.ru
При перепечатке ссылка на журнал
«Обязательное медицинское страхование
в Российской Федерации» обязательна
© «Обязательное медицинское страхование в
Российской Федерации», 2010

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



4 ОФИЦИАЛЬНО НОВОСТИ

Состоялось расширенное заседание коллегии Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (4)

В Республиканском фонде ОМС «Дагестан» и ТФОМС Курганской области назначены новые руководители (5)

В номере



6 РАСШИРЕННАЯ КОЛЛЕГИЯ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ

Доклад Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации Т.А. Голиковой на расширенном заседании коллегии Минздравсоцразвития России 26 марта 2010 года: «Нам удалось избежать широкомасштабных социальных конфликтов» (6)

18 НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДОРОВЬЕ»

*О.В. Царёва
А.В. Устюгов*

Итоги проведения мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье» и мер по улучшению демографической ситуации в 2009 году (18)

36 ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

*С.Г. Кравчук
С.Г. Комаров*

О внесении изменений в статью 12 Федерального закона от 15.11.1997 г. №143-ФЗ «Об актах гражданского состояния» (36)

38 ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ОМС

*В.П. Милосердов
Т.Ю. Гроздова
Н.В. Китавина*

Внедрение единой информационной системы управления качеством оказания медицинской помощи в Саратовской области (38)

48 МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ ЗА РУБЕЖОМ

*О.А. Константинова,
Г.Л. Юркин*

Первые результаты реформы закона о модернизации государственного медицинского страхования в Германии (48)

55 НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ И ДОКУМЕНТЫ

Постановление Правительства Российской Федерации от 31.12.2009 г. №1146 «О порядке предоставления в 2010 году из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан» (56)

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 04.02.2010 г. №55н «О порядке проведения допол-

нительной диспансеризации работающих граждан» (62)

Информационное письмо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 09.03.2010 г. № 14-6/10/2-1664 (76)

Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 26.01.2010 г. №10 «О внесении изменений в приказ ФОМС от 02.04.2009 г. № 61 «Об утверждении форм мониторинга проведения диспансеризации» (79)

Сопроводительное письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 26.03.2010 г. 1263/26-2/и «О направлении приказа ФОМС от 15.02.2010 г. № 30» (80)

Приказ Федерального фонда обязательного меди-

цинского страхования от 15.02.2010 г. №30 «Об утверждении порядка осуществления территориальными фондами обязательного медицинского страхования медико-экономической экспертизы счетов на оплату расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан» (81)

Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19.02.2010 г. № 32 «О внесении изменений в приказ ФОМС от 14.04.2008 года № 82 «Об утверждении отчетных форм по проведению дополнительной диспансеризации» (86)

Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 25.02.2010 г. № 35 «О реализации постановления Правительства Российской

Федерации от 31.12.2009 года № 1146» (88)

Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 15.03.2010 г. № 51 «О внесении изменений в приказ ФОМС от 02.04.2009 г. № 61 «Об утверждении форм мониторинга проведения диспансеризации» (97)

Информационное письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 04.03.2010 г. № 905/26-2/и «Об оплате диспансеризации в 2010 году» (99)

Информационное письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19.02.2010 г. № 750/20-1/и (100)

Информационное письмо Федерального фонда обя-

зательного медицинского страхования от 03.03.2010 г. № 427/30-4 «Об оплате лечения после несчастных случаев на производстве» (102)

Информационное письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.02.2010 г. № 694/80-3/и (103)

Совместное информационное письмо Министерства экономического развития Российской Федерации от 01.02.2010 г. № 1157-АП/Д22 и Федеральной антимонопольной службы от 27.01.2010 г. № АЦ/1940 «О порядке применения процедур размещения заказов для федеральных государственных нужд» (103)

Состоялось расширенное заседание коллегии Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации



С докладом «Об итогах работы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации в 2009 году и задачах на 2010 год» на коллегии 26 марта 2010 года выступила Министр здравоохранения и социального развития Российской Федерации Т.А. Голикова.

В докладе было отмечено, что в 2010 году предстоит подготовить и внести в законодательные органы проект федерального закона «Об обязательном медицинском страховании».

В проекте закона предусматривается соблюдение преимущественно страховых принципов финансирования медицинской помощи, включая переход от сметного финансирования к оплате за объемы и качество оказанной медицинской помощи, а также переход на преимущественно одноканальное финансирование расходов по оказанию гражданам медицинской помощи в системе ОМС. Предлагается законодательно установить минимальный размер страхового взноса на ОМС неработающего населения, определить порядок предоставления гражданам медицинской помощи по программе государственных гарантий, обеспечить соответствие гарантированной медицинской помощи стандартам, утвержденным Минздравсоцразвития России. Формирование и финансовое обеспечение терри-

ториальных программ ОМС будет осуществляться с учетом половозрастного состава и состояния здоровья населения в регионах Российской Федерации. Предусматривается обеспечить развитие конкурентной модели на основе равного доступа медицинских организаций различных организационно-правовых форм к реализации территориальных программ ОМС.

Полный текст доклада публикуется на стр. 6–17 данного номера журнала.

На коллегии также выступили Председатель Комитета Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению В.А.Петренко, Председатель Комитета Государственной Думы Российской Федерации по труду и социальной политике А.К. Исаев, Председатель Комитета Государственной Думы по охране здоровья О.Г. Борзова, представители профсоюзных и общественных организаций.

Рассмотрев и обсудив основные результаты работы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации в 2009 году и задачи, стоящие перед Министерством, подведомственными федеральными службами и федеральным агентством, координируемыми государственными внебюджетными фондами на 2010 год, коллегия Минздравсоцразвития России отметила, что в 2009 году проделана необходимая и целенаправленная работа по выполнению Программы антикризисных мер Правительства Российской Федерации на 2009 год, Послания Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации, поручений Президента Российской Федерации и программных документов Правительства Российской Федерации.

В 2009 году Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации была обеспечена реализация главного мероприятия Программы антикризисных мер Правительства Российской Федерации – выполнение в полном объеме социальных обязательств государства перед населением.

В Республиканском фонде ОМС «Дагестан» и ТФОМС Курганской области назначены новые руководители



Сулейманов Магомед Валибагандович назначен на должность исполнительного директора Республиканского фонда обязательного медицинского страхования «Дагестан» постановлением правительства Республики Дагестан от 18 марта 2010 года № 69.

Сулейманов М.В. в 1989 году окончил Московский кооперативный институт по специальности «Экономика торговли», доктор экономических наук. С 1977 по 1993 год работал на разных должностях в потребкооперации. Управляющий отделением Махачкалапромстройбанк. С апреля 1997 по март 2007 года работал главой администрации г. Избербаш, главой муниципального образования «Избербаш».

Сулейманов М.В. – депутат Народного Собрания Республики Дагестан II и IV созывов. С апреля 2007 года – председатель Народного Собрания Республики Дагестан.



Сахатский Сергей Иннокентьевич назначен на должность исполнительного директора ТФОМС Курганской области с 3 марта 2010 г. распоряжением губернатора Курганской области от 2 марта 2010 г. №58-р.

Сахатский С.И. родился 2 июля 1962 года в г. Зима Иркутской области. В 1986 году окончил Владивостокский государственный медицинский институт, в 2002 году окончил Курганский государственный университет. С 1986 по 1992 гг. – санитарный врач отделения гигиены труда Курганской горсанэпидемстанции. С 1992 по 1995 гг. – заведующий лабораторией электромагнитных полей и других физических факторов Курганского городского центра госсанэпиднадзора. В 1995 г.- начальник, главный врач Центра санитарно-эпидемиологического надзора г. Кургана. С 1995 по 2003 гг. работал исполнительным директором, заместителем генерального директора АОЗТ «Поло», ЗАО «АМЭС-Холдинг», ЗАО «Торговый дом «Колос», ООО «Региональный центр дезинфекции «Зауралье». С 2003 по 2010 гг.- генеральный директор ООО «Курганский центр дезинфекции».



Обязательное медицинское страхование
информационный портал

WWW.OMSPORTAL.RU

Независимый специализированный портал

Информационно-аналитический ресурс, посвященный развитию системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации. Это портал профессиональной информации для специалистов в сфере медицинского страхования, руководителей и работников территориальных фондов ОМС, органов управления и учреждений здравоохранения, граждан.

Каждую неделю на страницах ресурса публикуются новости и аналитические материалы, актуальные комментарии экспертов и свежие обзоры российской прессы о деятельности системы ОМС.

E-mail: inform@omsportal.ru

Нам удалось избежать широкомасштабных социальных конфликтов

Доклад Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации Т.А. Голиковой на расширенном заседании коллегии Минздравсоцразвития России 26 марта 2010 года



Т.А. Голикова
Министр здравоохранения и социального развития Российской Федерации

В прошедшем году социально-экономическое развитие страны было подвергнуто серьезным испытаниям. Мировой финансово-экономический кризис, начавшийся осенью 2008 года, оказал негативное влияние на основные базовые показатели развития экономики. Снижился объем валового внутреннего продукта, уменьшились объемы промышленного производства, строительной деятельности, грузооборота транспорта, розничного товарооборота.

Это сразу же отразилось на ситуации в социальной сфере. Некоторые социальные показатели по сравнению с предыдущим годом ухудшились. Прежде всего это касается снижения реальной заработной платы в ведущих отраслях экономики, роста задолженности по оплате труда, увеличения безработицы и неполной занятости.

Однако положение дел могло бы быть гораздо хуже, если бы на высшем государственном уровне не была принята программа антикризисных мер Правительства, которая определила приоритетные задачи по преодолению кризисных явлений в экономике и пути их решения.

Сегодня мы можем с полной уверенностью сказать, что решение о приоритетности вопросов развития человеческого потенциала, о выполнении в полном объеме социальных обязательств государства перед населением

(несмотря на сокращение финансовых возможностей государства) оказалось ключевым в антикризисной программе.

Первый существенный результат, которого нам удалось добиться, - это избежать широкомасштабных социальных конфликтов.

Граждане, находящиеся под социальной защитой государства, получили максимально возможную поддержку. Размеры индексации социальных пособий и выплат значительно превысили уровень инфляции (уровень индексации составил 13% против 8,8% инфляции). Проведено существенное повышение пенсий и пособий по безработице. Только на пенсионное обеспечение граждан в 2009 году было направлено 2,6 трлн. рублей. Были применены принципиально новые механизмы социальной поддержки семей с детьми. Это - выплата единовременного пособия в сумме 12 тыс. рублей за счет средств материнского семейного капитала, которой воспользовались 1,3 млн. российских семей, а также досрочное использование материнского капитала на погашение кредитов и займов, взятых на строительство и приобретение жилья (этой мерой воспользовались 96,2 тыс. граждан).

В 2009 году был завершен перевод работников федеральных бюджетных учреждений на новые системы оплаты труда в рамках увеличения фонда оплаты труда

на 30% по сравнению с предыдущим годом. Должна сказать, что такая работа успешно проведена в регионах.

Результат проведенных мероприятий известен. Реальные денежные доходы населения в 2009 году по сравнению с 2008 годом не только не уменьшились, но даже выросли на 2,3%. Это лучше, чем в 2008 году по сравнению с 2007 годом, когда рост реальных доходов населения составил 1,9%. Реальный размер назначенных пенсий увеличился на 10,7%. Решена важнейшая социальная задача - с 1 декабря 2009 года средний размер социальной пенсии несколько превысил прожиточный минимум пенсионера. Возросла покупательная способность социальных пособий и выплат. Реальная заработная плата работников бюджетной сферы увеличилась на 8,4%.

Несмотря на финансово-экономический кризис, мы разработали и приступили к реализации масштабных проектов по модернизации пенсионной системы, по реформированию системы социального страхования на базе введения страховых взносов в государственные внебюджетные фонды, по улучшению ситуации с лекарственным обеспечением, особенно жизненно важными препаратами, по остановке неконтролируемого роста цен на лекарственные препараты.

Важным общественным вопросом является внедрение единой для всей страны стандартизации оказания медицинской помощи, гарантирующей ее качество и доступность. В 2009 году совместно с Главными внештатными специалистами Минздравсоцразвития разработаны и утверждены семь порядков оказания ме-

дицинской помощи населению при социально-значимых заболеваниях – острых нарушениях мозгового кровообращения, сочетанной травме, онкологических, кардиологических, урологических заболеваниях, акушерство-гинекологической патологии, порядок трансплантологии. Начато создание стандартов оказания медицинской помощи при наиболее распространенных и значимых заболеваниях на основе электронной системы, позволяющей просчитывать их стоимость в ав-

томатическом режиме. Это новое поколение стандартов, которые не только включают наиболее эффективные и современные методы диагностики, лечения, реабилитации, в том числе высокотехнологичные методы хирургии, и таким образом гарантируют качество медицинской помощи, но и отличаются своей экономической обоснованностью. Разработана математическая модель просчета Программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи на основе медико-статистических и медико-экономических показателей.

Реализовывались важнейшие проекты в здравоохранении – это программы снижения смертности от сосудистых и онкологических заболеваний, туберкулеза, дорожно-транспортных происшествий, развития службы крови, сохранения потенциала санаторно-курортной сферы и формирования системы современных курортных комплексов. Продолжалась реализация целого комплекса мероприятий, направленных на охрану здоровья матери и ребенка.

Мы приступили к широкомасштабной реализации программы формирования здорового образа жизни, а также к созданию единой информационной системы в здравоохранении, предусматривающей в том числе персонифицированный учет оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации. Объемы оказания высокотехнологичной медицинской помощи только за один 2009 год увеличились на 12%.

Проведенные мероприятия отразились на демографической ситуации в стране. Эти результаты являются основными критериями оценки деятельности Министерства.

Т.А. Голикова: «Несмотря на финансово-экономический кризис, мы разработали и приступили к реализации масштабных проектов по модернизации пенсионной системы, по реформированию системы социального страхования на базе введения страховых взносов в государственные внебюджетные фонды, по улучшению ситуации с лекарственным обеспечением, особенно жизненно важными препаратами, по остановке неконтролируемого роста цен на лекарственные препараты».

дицинской помощи населению при социально-значимых заболеваниях – острых нарушениях мозгового кровообращения, сочетанной травме, онкологических, кардиологических, урологических заболеваниях, акушерство-гинекологической патологии, порядок трансплантологии. Начато создание стандартов оказания медицинской помощи при наиболее распространенных и значимых заболеваниях на основе электронной системы, позволяющей просчитывать их стоимость в ав-

По предварительной оценке численность населения России на 1 января 2010 года составила 141 млн. 927 тыс. человек и за прошедший год увеличилась на 23,3 тыс. человек (с учетом миграционного прироста за счет мигрантов, зарегистрировавшихся на год и более). Естественная убыль населения уменьшилась по сравнению с 2008 годом на 112,7 тыс. человек (на 31,1%). Увеличившийся миграционный прирост полностью компенсировал численные потери населения и даже пре-

высил их почти на 10%. В последний раз рост численности населения России регистрировался в 1995 году (по сравнению с 1994 годом).

В 2009 году родилось 1 млн. 764 тыс. детей, что на 50,2 тыс. детей больше, чем в 2008 году. Коэффициент рождаемости (на 1000 человек населения) составил 12,4 по сравнению с 12,1 в 2008 году. Доля вторых и третьих рождений увеличилась с 44,2% в 2008 году до 45,3% в 2009 году.

Суммарный коэффициент рождаемости (число детей, рожденных в среднем одной женщиной) составил 1,56 (2008 г. - 1,49). Более высокий уровень рождаемости в России регистрировался только до 1992 года.

В 2009 году умерли 2 млн. 13 тыс. человек, что на 62,4 тыс. человек меньше (на 3,0%), чем в 2008 году. Коэффициент смертности составил 14,2 на 1000 человек населения (в 2008 году - 14,6).

Смертность от болезней системы кровообращения уменьшилась на 4,6%, от туберкулеза – на 7,8%, от дорожно-транспортных происшествий – на 14,8%. Несмотря на сложную экономическую ситуацию и ухудшение социального самочувствия многих групп населения, смертность от случайных отравлений алкоголем сократилась на 32%, от самоубийств – на 3,1%. На 6,4% уменьшилась заболеваемость болезнями «социального неблагополучия». Более чем в 2 раза снизилась заболеваемость населения инфекциями, управляемыми средствами вакцинопрофилактики. Очень важным достижением является то, что наряду со снижением смертности от туберкулеза, удалось добиться снижения заболеваемости - за год на 2,9%.

Стабильно положительную динамику показывает показатель младенческой смертности. Коэффициент младенческой смертности сократился с 8,5 на 1000 родившихся в 2008 году до 8,2 в 2009 году.

Реализация приоритетных национальных проектов еще раз доказала, что важной проблемой, стоящей перед отечественным здравоохранением, является проблема кадров. Результатом совместной работы Министерства и межрегиональных общественных организаций (Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России, Совета директоров средних медицинских и фармацевтических образовательных учреждений) их результатом работы стала разработка нового поколения федеральных государственных образовательных стандартов высшего и среднего профессионального образования по специальностям группы «Здравоохранение». Специально созданными учебно-методическими комиссиями начата работа по методическому сопровождению нового поколения федеральных государственных

образовательных стандартов для обеспечения готовности выпускников медицинских и фармацевтических образовательных учреждений к самостоятельной профессиональной деятельности в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи.

В целях организации и проведения мониторинга медицинских и фармацевтических кадров, позволяющего оценить структуру потребности отрасли в кадровых ресурсах и рациональности их размещения, в 2009 году разработан проект Федерального регистра медицинских работников и завершена его опытная эксплуатация в Ивановской области. С 2010 года проводится введение Федерального регистра на всей территории Российской Федерации.

Для приведения образовательного уровня специалистов здравоохранения в соответствие с занимаемой должностью в 2009 году разработаны Квалификационные требования к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения. В 2010 году планируются к разработке Квалификационные требования к специалистам со средним медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения. Более того, идет работа по расширению требований к квалификации медицинских и фармацевтических работников.

Самым важным и сложным направлением антикризисных действий 2009 года была работа по стабилизации ситуации на рынке труда. На мероприятия по поддержанию занятости населения в 2009 году было израсходовано суммарно около 115,6 млрд. рублей, в том числе на содействие занятости населения - 77,5 млрд. рублей и на реализацию региональных программ, предусматривающих дополнительные мероприятия по снижению напряженности на рынке труда в регионах Российской Федерации, - 38,1 млрд. рублей.

В рамках антикризисных мероприятий в 2009 году более 2,8 млн. человек приняли участие в общественных работах. Создано почти 1,7 млн. временных рабочих мест для трудоустройства работников, находящихся под риском увольнения. Опережающую профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации прошли более 216 тыс. работников, находившихся под риском увольнения. Более 127 тыс. человек, пожелавших открыть свой малый бизнес, получили материальную поддержку от службы занятости.

С 16 января 2009 г. действует информационный портал «Работа в России», который объединил в себе официальную информацию 82 региональных служб занятости и более 2 тысяч центров занятости населения. Портал является представительством в сети Ин-

тернет регистров получателей услуг в сфере занятости населения и предназначен для обеспечения доступа к информации государственной службы занятости широкой аудитории соискателей работы и работодателей. За прошедший период зарегистрировано более 3 млн. обращений к этому информационному portalу. Количество рабочих мест в общероссийском банке вакансий составляет сейчас около 800 тысяч.

Реализация активных мероприятий на рынке труда позволила существенно сократить как общую, так и регистрируемую безработицу. Численность общей безработицы, которая достигла в феврале 2009 года своего максимума - 7,1 млн. человек, к концу прошлого года удалось уменьшить почти на 1 млн. человек. При этом регистрируемая безработица в среднегодовом исчислении не превысила 2,08 млн. человек при прогнозируемом показателе на 2009 год в 2,2 млн. безработных.

Комплекс экономических и социальных мероприятий по поддержке отечественного производства позволил сократить численность работающих неполное рабочее время почти в 3 раза - с 1 млн. человек в феврале до 350 тыс. человек в декабре 2009 года. Задолженность по заработной плате снизилась в 2 раза - с 8 млрд. рублей (в среднем за февраль-июнь 2009 г.) до 4 млрд. рублей в январе текущего года.

Социальное значение этих показателей чрезвычайно высокое. Прежде всего из-за того, что для подавляющего числа российских семей заработная плата является основным источником денежных доходов. В 2009 году доходы от оплаты труда составили 69,4% денежных доходов населения. Доля оплаты труда, также как и доля социальных выплат, в денежных доходах населения в 2009 году увеличилась, несмотря на кризисные проявления.

В конце прошлого года Правительство Российской Федерации одобрило Основные направления антикризисных действий на 2010 год, которые ориентируют нас на поддержку социальной стабильности и обеспечение полноценной социальной защиты населения. Как и в 2009 году, вопросы социального развития поставлены первым приоритетом программ Правительства Российской Федерации на 2010 год.

Мероприятия по поддержанию денежных доходов населения уже реализуются.

Социальные пособия и выплаты семьям, имеющим детей, проиндексированы с 1 января этого года для поддержания их покупательной способности на 10%. Это выше прогнозируемого уровня инфляции 2010 года, который составит по прогнозной оценке 6,5-7,5%. Со-

ответствующая индексация ежемесячной денежной выплаты отдельным категориям граждан будет проведена с 1 апреля.

В связи с переходом с 1 января 2010 г. от единого социального налога к страховым взносам в государственные внебюджетные фонды и установлением принципа начисления страховых взносов на заработок, не превышающий установленного предела в год (415 тыс. рублей), упразднены прямые ограничения максимальных размеров пособий по беременности и родам, ежемесячного пособия по уходу за ребенком. Указанные пособия будут исчисляться из фактического заработка застрахованного лица, на который начисляются страховые взносы на обязательное социальное страхование (с учетом установленной предельной величины базы для обложения страховыми взносами).

В результате введения этих мер в 2010 году максимальные суммы выплат составят по пособию по беременности и родам 34583 рубля за полный календарный месяц (2009 г. – 25390 рублей), по уходу за ребенком до 1,5 лет - 13833 рубля в месяц (2009 г. - 7492 рубля).

Увеличиваются также максимальные суммы выплат пособий по временной нетрудоспособности. Так, при страховом стаже до 5 лет максимальный размер пособия увеличится до 20750 рублей (по сравнению с уровнем 2009 года прибавка составит 2030 рублей), при страховом стаже от 5 до 8 лет – до 27666 рублей (прибавка 8946 рублей), при страховом стаже 8 и более лет – до 34583 рублей (прибавка 15863 рубля).

С 2010 года размер материнского (семейного) капитала увеличен до 343,4 тыс. рублей. На реализацию права о направлении средств материнского (семейного) капитала в 2010 году в федеральном бюджете выделено 102,0 млрд. рублей.

С 1 января 2010 г. произведено увеличение размеров трудовых пенсий путем валоризации или увеличения пенсионных прав граждан, приобретенных до 1 января 2002 г., с учетом продолжительности «советского» стажа до 1 января 1991 г. На проведение этого мероприятия в бюджете Пенсионного фонда Российской Федерации выделено в 2010 году 502 млрд. рублей.

Средняя сумма прибавки у получателей трудовой пенсии составила 1090 рублей, в том числе у инвалидов вследствие военной травмы – 1715 рублей, у участников Великой Отечественной войны – 1855 рублей. В результате валоризации средний размер трудовой пенсии составил 7334 рубля, в том числе трудовой пенсии по старости – 7692 рубля.

Все дальнейшие плановые индексации в 2010 году будут применяться к пенсии, увеличенной посредством валоризации. Планируется, что с 1 апреля трудовые пенсии будут увеличены на 6,3%. Пенсии по государственному социальному обеспечению, в том числе социальные, с 1 апреля будут проиндексированы на 12% и еще на 3,5% с 1 июля.

Социальные доплаты к пенсиям, размер которых не превышает региональный прожиточный минимум, установлены более 5 млн. пенсионеров. Федеральные социальные доплаты получают 2,7 млн. пенсионеров в 67 субъектах Российской Федерации. Размер федеральной социальной доплаты составил от 536 до 1547 рублей. Региональные социальные доплаты, которые получают 2,3 млн. пенсионеров, составляют от 520 до 5278 рублей.

Введение социальных доплат к пенсиям поможет решить очень важную социальную задачу – сократить численность населения с доходами ниже прожиточного минимума. А таких граждан в России пока еще достаточно много. По предварительной оценке в 2010 году 18,6 млн. человек (более 13% населения) находились за чертой бедности. С введением социальной доплаты многие пенсионеры, особенно не имеющие высокой иждивенческой нагрузки, выйдут из этой группы. В числе сложных в социальном понимании, к сожалению, останутся семьи с низкими денежными доходами и имеющие двух и более детей.

В этом году мы должны помочь им выйти из этой неблагополучной группы. На основании поручения Президента Российской Федерации мы совместно с органами государственной власти регионов Российской Федерации начинаем эксперимент по оказанию государственной социальной помощи малоимущим гражданам на основе социального контракта.

Предполагается, что регионы, желающие участвовать в эксперименте, организуют работу по оказанию социальной помощи нуждающимся на новых принципах – принципах заключения с получателями помощи социальных контрактов, а точнее договоров социальной адаптации. Органы социальной защиты по месту жительства граждан обязуются оказывать материальную поддержку (желательно, чтобы эта поддержка была материально ощутима) семьям, которые будут предпринимать активные действия по поиску работы, вести здоровый образ жизни, заботиться о детях, не совершать асоциальные поступки и противоправные действия. Чрезвычайно важным в этой работе будет согласованность действий различных организаций муниципального уровня – социальной защиты, занятости, здравоохранения, образования, опеки и попечительства, органов правопорядка. Это надо для того, чтобы провести максимально эффективные и достаточно

быстрые действия для поддержки бедных семей, оказания им полноценной медицинской помощи и, главное, вывода их из социальной изоляции.

В мае этого года мы планируем утвердить приказ о проведении указанного эксперимента с перечнем субъектов Российской Федерации, участвующих в его проведении, и временными методическими рекомендациями по организации социальной помощи малоимущим на основе социальных контрактов. В связи с этим приглашаем регионы к активному сотрудничеству.

Еще одно важнейшее направление антикризисной программы 2010 года – развитие программ, осуществляемых Фондом поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

В прошлом году Фондом была разработана программа «Защитим детей от насилия!». В этом году будет проведена общенациональная информационная кампания по противодействию жестокому обращению с детьми. Будут реализовываться программы, направленные на профилактику семейного неблагополучия и социального сиротства детей, семейного устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, профилактику преступности и правонарушений несовершеннолетних, социализацию и реабилитацию несовершеннолетних правонарушителей. Важнейшее направление здесь – противостоять табачной, алкогольной, наркотической зависимости, отвлечь от негативного воздействия уличной среды, исключить асоциальное и агрессивное поведение.

Роль субъектов Российской Федерации в решении этой проблемы огромная. Работа в данном направлении должна быть приоритетом в социальной работе регионов.

Немаловажную роль выполняют регионы Российской Федерации и в оказании гражданам пожилого возраста, детям и инвалидам социальных услуг в системе социального обслуживания.

В 2010 году наши совместные усилия должны быть направлены на укрепление и развитие социально-медицинского обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов на дому. К работе по оказанию социальных услуг необходимо привлекать негосударственных поставщиков услуг в рамках социального заказа, социальных грантов и иных форм поддержки. Необходимо в субъектах Российской Федерации создать службу по типу «Единого социального телефона».

Со своей стороны, Министерство планирует в 2010 году разработать проекты регламента предоставления социальных услуг и типового стандарта предоставления социальной услуги, типовых положений об учреждениях

социального обслуживания различных типов, типового перечня гарантированных государством социальных услуг в учреждениях социального обслуживания населения.

Важнейшим направлением антикризисных мер Правительства Российской Федерации на 2010 год остается снижение напряженности на рынке труда. Пока еще ситуация остается достаточно сложной. Численность безработных по методике МОТ составила в первые месяцы 2010 года 6,4 млн. человек. Это на 200 тыс. человек больше, чем в конце прошлого года. На учете в органах службы занятости на сегодняшний день состоит 2,3 млн. человек. Уровень регистрируемой безработицы составил 3% экономически активного населения. Это достаточно высокий показатель и снижать его надо достаточно активно.

На мероприятия по сохранению занятости населения в 2010 году выделено 88,7 млрд. рублей в виде субвен-

региональном рынке труда. Есть проблемы и с организацией опережающего профессионального обучения работников, находящихся под риском увольнения. Обучение зачастую ориентируется на текущие потребности рынка труда и слабо учитывает посткризисный спрос, имея в виду будущее развитие высокотехнологичных видов экономической деятельности и реализацию инвестиционных проектов. Надо существенно повысить активность региональных служб труда и занятости при проведении реструктуризации экономики моногородов и населенных пунктов. Нужно обеспечить приоритетную поддержку малого бизнеса и самозанятости, то есть тех сфер деятельности, которые способны в кратчайшие сроки и с минимальными затратами создать необходимое число эффективных рабочих мест, в том числе в социальной сфере.

Работа всей государственной системы здравоохранения и социального развития, включая региональный и

Т.А. Голикова: «В 2010 году в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» первостепенное значение будет уделяться снижению смертности населения от дорожно-транспортных происшествий, сосудистых и онкологических заболеваний, формированию у граждан мотивации ведения здорового образа жизни, сокращения потребления алкоголя и табака».

ций на реализацию полномочий по закону «О занятости населения в Российской Федерации» и 36,3 млрд. рублей в виде субсидий на реализацию региональных программ по снижению напряженности на рынке труда в субъектах Российской Федерации. Это немного больше, чем в 2009 году. Теперь требуется существенно повысить эффективность использования этих средств, более четко и целенаправленно планировать и организовывать общественные работы, повышать качество и полезность программ опережающего профессионального обучения и стажировки, расширить возможности для открытия собственного дела.

Опыт 2009 года выявил ряд проблем и недоработок, типичных для региональных программ. Первая – недостаточная оперативность при принятии упреждающих мер по недопущению роста безработицы. Мониторинг ситуации на предприятиях региона должен быть постоянным. Это поможет достаточно быстро подключать к программам «заболевающие» организации и исключать из них «выздоровливающие». Это также даст возможность провести немедленное перераспределение средств внутри программы и позволит наиболее эффективно использовать финансовые средства и не создавать их остатков в условиях сохранения напряженности на

муниципальном уровне, не ограничиваясь программой антикризисных действий. Важные направления нашей работы на 2010 год определены в Послании Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации от 12 ноября 2009 года.

В 2010 году мы будем продолжать последовательно развивать демографическую программу, программу развития здравоохранения, совершенствовать механизмы и инструменты повышения эффективности социальной защиты, развития гибкости и взаимопонимания в трудовых отношениях. Будут приняты меры по совершенствованию всех элементов трудовых отношений – от оплаты труда до социального партнерства.

Демографическая программа, о положительных результатах первых трех лет реализации которой вам докладывалось неоднократно, будет продолжена.

Граждане, у которых вторые и последующие дети родились в 2007 году, смогут полностью распорядиться средствами материнского капитала и использовать их на улучшение жилищных условий, на образование детей или на накопительную часть трудовой пенсии матери. Заявлений об использовании этих средств в 2010 году пока немного. К концу года их может быть больше.

Однако приоритеты очевидны. Две трети заявителей намерены использовать материнский капитал на улучшение жилищных условий.

В 2010 году в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» первостепенное значение будет уделяться снижению смертности населения от дорожно-транспортных происшествий, сосудистых и онкологических заболеваний, формированию у граждан мотивации ведения здорового образа жизни, сокращения потребления алкоголя и табака.

В трех субъектах Российской Федерации (Московская, Ростовская и Томская области) будут осуществляться мероприятия по направлению «Пренатальная (дороговая) диагностика нарушений развития ребенка». Будут проводиться работы по созданию условий для выхаживания детей, родившихся с экстремально низкой массой тела, включая создание отделений выхаживания недоношенных новорожденных, а также по совершенствованию реанимационной помощи новорожденным.

Значительные средства, вложенные в ходе реализации национального проекта «Здоровье» в учреждения родовспоможения, привели к положительному результату. Однако в этой сфере остается много недоработок. Организационная структура службы недостаточно отлажена. Это приводит к серьезным сбоям в работе, особенно на стадии реанимации пациентов высокого риска. Акушерские отделения маломощные (до 20 коек). Круглосуточное дежурство врача-акушера-гинеколога и неонатолога во многих случаях не обеспечивается. Медицинская помощь женщинам в период беременности и родов плохо районирована. Сельские учреждения родовспоможения резко отличаются по качеству оказываемых услуг от городских. И, к сожалению, в худшую сторону. Пока еще нет полного охвата аудиологическим скринингом детей первого года жизни. Регионы практически не помогают с организацией этой работы в тех учреждениях, которые не оснащались специальным оборудованием по приоритетному национальному проекту «Здоровье».

Мириться с этим больше нельзя. Предлагаю региональным органам здравоохранения принять экстренные меры по наведению организационного порядка во всех учреждениях родовспоможения, незамедлительно утвердить нормативные документы, регламентирующие разделение учреждений родовспоможения по уровням оказания медицинской помощи, а также в зависимости от риска возникновения осложнений во время беременности и родов. Надо в оперативном порядке разработать и утвердить схему маршрутизации пациентов в зависимости от имеющейся у них патологии.

Контроль за выполнением этих мероприятий со стороны Министерства будет осуществляться в постоянном режиме.

В связи с завершением в 2010 году первого этапа реализации Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года в соответствии с поручением Президента Российской Федерации будет подготовлен проект Плана мероприятий по реализации второго этапа - 2011-2015 годы. Проект плана планируется рассмотреть на заседании президиума Совета при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике в апреле этого года.

При подготовке мер демографической политики на 2011-2015 годы мы будем учитывать, что в этот период число женщин активного репродуктивного возраста (20-29 лет) будет снижаться - с 12,1 млн. человек на начало 2009 года до 10,3 млн. человек на начало 2015 года.

Поэтому для обеспечения стабилизации и перехода к росту численности населения потребуются принятие более активных мер по снижению смертности населения, особенно в активном трудоспособном возрасте, а также по существенному улучшению общего и репродуктивного здоровья, прежде всего подрастающего поколения.

Мы предполагаем приступить к разработке общероссийской программы «Здоровье на производстве», целью которой будет создание системы медико-профилактического обслуживания работающих, профилактика и своевременное выявление профессиональных заболеваний, минимизация последствий для здоровья неблагоприятных профессиональных факторов.

Практически все мероприятия приоритетного национального проекта «Здоровье», запланированные на 2010 год, нацелены на решение основной демографической задачи – сбережение населения. Более 144,4 млрд. рублей будет направлено на мероприятия приоритетного национального проекта, связанные с формированием здорового образа жизни, развитием первичной медико-санитарной помощи и совершенствованием профилактики заболеваний, повышением доступности и качества специализированной, в том числе высокотехнологической медицинской помощи, совершенствованием медицинской помощи матерям и детям.

В 2010 году продолжится работа по созданию и внедрению порядков и стандартов медицинской помощи, оценке необходимых затрат на оказание медицинской помощи и обоснованию тарифов, просчету программы государственных гарантий оказания медицинской по-

мощи населению и формированию системы обеспечения качества медицинской организации.

В рамках мероприятий по формированию здорового образа жизни будет осуществляться закупка и дооснащение медицинским оборудованием, созданных в 2009 году центров здоровья, подготовка медицинских работников по вопросам профилактики заболеваний. К концу 2010 года в Российской Федерации будет дополнительно введено 193 центра здоровья для детей.

Т.А. Голикова: «В 2010 году продолжится работа по созданию и внедрению порядков и стандартов медицинской помощи, оценке необходимых затрат на оказание медицинской помощи и обоснованию тарифов, просчету программы государственных гарантий оказания медицинской помощи населению и формированию системы обеспечения качества медицинской организации».

Продолжится осуществление денежных выплат участковым врачам терапевтам, педиатрам, семейным врачам и их медицинским сестрам, а также персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам и среднему медицинскому персоналу скорой медицинской помощи.

Будет проведена дополнительная диспансеризация более 3,8 млн. работающих граждан.

В субъекты Российской Федерации будут поставлены вакцины для проведения профилактических прививок в соответствии с Национальным календарем, диагностические средства и препараты для профилактики, выявления и лечения ВИЧ-инфицированных, а также остро нуждающихся в лечении больных вирусными гепатитами В и С.

В медицинские учреждения будут направлены лекарственные средства и оборудование для обследования населения с целью выявления и лечения туберкулеза, в том числе хирургическими методами, а также на цели проведения профилактических мероприятий.

В 2010 году планируется объединение санаторно-курортных учреждений федеральной подчиненности в санаторно-курортные комплексы, основываясь на природных лечебных факторах, расположенных на территории определенного курортного региона.

Продолжится финансирование строительства федеральных центров высоких медицинских технологий и перинатальных центров. В рамках государственного задания предполагается оказать высокотехнологичную медицинскую помощь 270 тыс. больных.

Будет осуществлено софинансирование закупки медицинского оборудования для медицинских учреждений субъектов Российской Федерации и муниципальных образований по оказанию медицинской помощи больным с сосудистыми и онкологическими заболеваниями, а также пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях.

Запланирована модернизация материально-технической базы 26 учреждений службы крови.

Масштабы поставки медицинского оборудования весьма значительные. Сейчас важно обеспечить бесперебойную и полноценную работу этого оборудования, подготовить необходимые помещения, обучить персонал, закупить дополнительные материалы, если это требуется. Ни одна из единиц нового оборудования не должна простаивать. Недопустимо также использование оборудования в коммерческих целях, а такие случаи, к сожалению, встречаются.

В 2010 году будет подготовлена к принятию Национальная стратегия по борьбе против табака на период до 2014 года, внесены изменения в некоторые законодательные акты Российской Федерации в связи с присоединением Российской Федерации к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака. Начнется реализация Концепции государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации.

На 2010 год запланировано проведение Всероссийского конкурса, нацеленного на выявление наиболее значимых общественных (коммерческих и некоммерческих) инициатив и проектов в области продвижения приоритетов здорового образа жизни.

В ближайшее время мы примем Концепцию развития скорой медицинской помощи в Российской Федерации и план мероприятий по ее реализации. Предстоит в достаточно короткий срок (желательно до 2015 года) решить две задачи. Первая - осуществить модернизацию структуры догоспитального этапа скорой медицинской помощи, изменить организацию деятельности, повысить эффективность использова-

ния ресурсов. На догоспитальном этапе необходимо обеспечить сокращение времени ожидания и доставки. Вторая задача - создать госпитальный этап скорой медицинской помощи в виде приемно-сортировочных отделений. Это позволит обеспечить рациональную сортировку больных и пострадавших по тяжести состояния, продолжить оказание симптоматической терапии до верификации окончательного лечения. Будет обеспечена круглосуточная работа всех лечебно-диагностических служб, срочное привлечение смежных специалистов в связи с возможностью кардинальной смены диагноза в первые часы. Предполагается расширить функции фельдшерских бригад, передать парк автомобилей скорой медицинской помощи из специализированных баз станциям скорой медицинской помощи и крупным многопрофильным стационарам. Специализированные бригады скорой медицинской помощи предлагается переместить на территорию многопрофильных стационаров и сформировать на их базе приемно-сортировочные отделения, осуществляющие круглосуточный прием.

Мы намерены уже в этом году провести пилотную апробацию проекта в Санкт-Петербурге, республиках Татарстан и Чувашия, в Ростовской области. Приглашаю все регионы Российской Федерации изучить опыт этих регионов и приступить к подготовительной работе по поэтапному переходу на новую организационную модель системы скорой медицинской помощи.

В этом году предстоит подготовить и внести в законодательные органы проект федерального закона «Об обязательном медицинском страховании».

В проекте закона предусматривается соблюдение преимущественно страховых принципов финансирования медицинской помощи, включая переход от сметного финансирования к оплате за объемы и качество оказанной медицинской помощи, а также переход на преимущественно одноканальное финансирование расходов по оказанию гражданам медицинской помощи в системе ОМС. Предлагается законодательно установить минимальный размер страхового взноса на ОМС неработающего населения, определить порядок предоставления гражданам медицинской помощи по программе государственных гарантий, обеспечить соответствие гарантированной медицинской помощи стандартам, утвержденным Минздравсоцразвития России. Формирование и финансовое обеспечение территориальных программ ОМС будет осуществляться с учетом половозрастного состава и состояния здоровья населения в регионах Российской Федерации. Предусматривается обеспечить развитие конкурентной модели на основе равного доступа медицинских организаций различных организационно-правовых форм к реализации территориальных программ ОМС.

Предстоящая перестройка системы обязательного медицинского страхования приведет к необходимости рационализации системы оказания медицинской помощи во многих регионах России, особенно в тех из них, где работа коечного фонда организована неэффективно. В прошедшем году почти на 30% простаивал коечный фонд в Костромской, Томской, Амурской областях, Карачаево-Черкесской Республике, Республике Северная Осетия (Алания). Низкие показатели посещения первичного звена в Ставропольском крае, Республике Дагестан, Нижегородской области. Медицинским учреждениям этих регионов придется очень трудно обеспечить свое существование при переходе к оплате за объемы и качество оказанной медицинской помощи.

Предлагаю регионам Российской Федерации провести подробный анализ существующей ситуации с оказанием медицинских услуг и заблаговременно подготовиться к переходу на новые условия ОМС. Это надо для того, чтобы не допустить сбоев в оказании медицинской помощи населению.

В 2010 году мы должны коренным образом изменить ситуацию с обеспечением населения лекарственными средствами. Соответствующий закон принят Государственной Думой в третьем чтении. Сейчас завершается подготовка нормативных правовых актов по реализации законопроекта.

Изменения коснутся практически всех направлений этой работы.

Будет упорядочена система государственной регистрации лекарственных средств. Устанавливаются четко регламентированные и прозрачные процедуры их регистрации и допуска на рынок, требования к эффективности и безопасности лекарственных препаратов. Устраняются излишние административные барьеры при регистрации и допуске на рынок отечественных препаратов. Одновременно повышается роль государственной экспертизы, предшествующей регистрации лекарственного препарата, и вводятся механизмы повышения ответственности производителей за качество конечного продукта. Усиливается государственный контроль в сфере обращения лекарственных средств, который позволит противодействовать обороту недоброкачественной и фальсифицированной фармацевтической продукции.

Законопроектом устанавливается система государственной регистрации цен на лекарственные препараты. Производитель будет обязан зарегистрировать предельные отпускные цены на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты. Соответствующая методика утверждена в конце прошлого года и доведена до всех производителей. В конце 2009 года подписано соглашение с ведущими производителями

отечественных лекарственных средств, в котором они обязаны сохранять ценовую доступность на наиболее распространенные и востребованные лекарственные средства.

Для регионов Российской Федерации разработана и утверждена методика определения предельных оптовых и предельных розничных надбавок к фактическим отпускным ценам производителей на жизненно необходимые и важнейшие лекарства.

ценам на все лекарственные средства, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств. Прошу всех завершить эту работу организованно и в намеченные сроки. Мы будем в постоянном режиме проводить мониторинг ситуации на фармацевтическом рынке и решительно пресекать возможные случаи ее дестабилизации.

21-е столетие декларировано столетием биомедицинских наук. Инновационное развитие глобального здра-

Т.А. Голикова: «В этом году предстоит подготовить и внести в законодательные органы проект федерального закона «Об обязательном медицинском страховании». В проекте закона предусматривается соблюдение преимущественно страховых принципов финансирования медицинской помощи, включая переход от сметного финансирования к оплате за объемы и качество оказанной медицинской помощи, а также переход на преимущественно одноканальное финансирование расходов по оказанию гражданам медицинской помощи в системе ОМС. Предлагается законодательно установить минимальный размер страхового взноса на ОМС неработающего населения, определить порядок предоставления гражданам медицинской помощи по программе государственных гарантий, обеспечить соответствие гарантированной медицинской помощи стандартам, утвержденным Минздравсоцразвития России. Формирование и финансовое обеспечение территориальных программ ОМС будет осуществляться с учетом половозрастного состава и состояния здоровья населения в регионах Российской Федерации. Предусматривается обеспечить развитие конкурентной модели на основе равного доступа медицинских организаций различных организационно-правовых форм к реализации территориальных программ ОМС».

Вводится система предоставления сведений о фактических ценах на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства иностранных производителей и объемах их ввоза на территорию Российской Федерации, а также о фактических отпускных ценах, объемах производства и отгрузки жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств российских производителей. На основании этих сведений формируется база данных мониторинга ассортимента и цен жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, которая будет обновляться ежемесячно.

В течение нескольких дней, а именно до 1 апреля, субъекты Российской Федерации должны завершить формирование базы данных по максимальным отпускным

воохранения на основе научных достижений и внедрения новых эффективных технологий профилактики, диагностики и лечения заболеваний обуславливает необходимость ежегодного пересмотра порядков и стандартов оказания медицинской помощи с приближением их к современным возможностям медицины и уровню качества, соответствующему международному.

России необходимо развитие отечественных фармацевтических, биомедицинских, ядерных и др. технологий и их ускоренное внедрение в медицинскую практику. В рамках деятельности Комиссии при Президенте Российской Федерации по модернизации и технологическому развитию экономики России Министерство сформировало подходы к созданию

центров инновационного развития, основанных на кластерном принципе, позволяющем обеспечивать тесное партнерство научных лабораторий и конструкторских бюро, образовательных учреждений, современных промышленных производств, бизнеса, что позволит концентрировать и развивать отечественные инновационные разработки.

Для обеспечения страны доступной и качественной фармацевтической и медицинской продукцией определены стратегические приоритеты в выборе технологий, лекарств и медицинских изделий, требующих первоочередной разработки и внедрения.

С начала 2010 года проводится ревизия охраноспособных результатов интеллектуальной деятельности для их оценки и решения вопроса о передаче в хозяйственные общества, создаваемые образовательными и научными учреждениями с целью внедрения в практическое здравоохранение.

В 2010 году предстоит создать правовые и организационные условия для полного исполнения государством обязательств по отношению к инвалидам и другим маломобильным гражданам, вытекающих из подписания Российской Федерацией Конвенции ООН о правах инвалидов. Главное здесь - обеспечить инвалидам равные с другими людьми возможности, проводить активную политику, направленную на интеграцию инвалидов в общество.

Уже подготовлен проект государственной программы «Доступная среда» на 2011-2015 годы, реализация которой позволит обеспечить полноценный доступ инвалидов к физическому окружению, транспорту, к информации и связи, к объектам и услугам, предоставляемым для населения. Статус государственной программы предполагает разработку и реализацию на федеральном уровне целого ряда ведомственных программ развития доступной среды по соответствующей компетенции, а также разработку и реализацию региональных программ. Федеральные и региональные программы должны действовать в едином комплексе.

Вопросы согласования совместных усилий и доли федерального финансирования основных программных мероприятий будут регулироваться соглашениями, предусматривающими обязательства субъектов Российской Федерации по их софинансированию и достижению основных целевых индикаторов. В рамках программы предстоит укрепить материально-техническую базу учреждений медико-социальной экспертизы, реабилитационных учреждений и протезно-ортопедических мероприятий.

Другой важной задачей является переход на новые классификацию и критерии при осуществлении ме-

дико-социальной экспертизы с учетом Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Разработка и реализация Концепции модернизации государственной системы медико-социальной экспертизы должна обеспечить переход к ее проведению и к информированию о реабилитационных услугах в электронном виде, упростить процедуру установления инвалидности и получения реабилитационных средств, увеличить удельный вес полностью или частично реабилитированных инвалидов, сделать более доступными для них инклюзивное образование и трудоустройство.

Разработка и реализация программ и проектов в этой сфере, учитывая ее многогранный характер, должна повседневно координироваться советами по делам инвалидов, созданными при высших должностных лицах субъектов Российской Федерации. В соответствии с поручением Президента России решение данных задач, как и в целом забота об инвалидах, должны стать весомым критерием оценки деятельности органов государственной власти регионов и органов местного самоуправления.

В 2009 году все федеральные бюджетные учреждения работали по новым системам оплаты труда, методические основы которых были отработаны и согласованы в рамках Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений. Полностью или частично на аналогичные системы переведены работники государственных и муниципальных бюджетных учреждений 75 субъектов Российской Федерации. Однако в 8 регионах, среди которых республики Дагестан, Алтай, Татарстан, Красноярский край, Архангельская и Курская области, новые системы оплаты труда не введены. Надеюсь, что в течение этого года оставшиеся регионы завершат переход на новые системы оплаты труда.

В 2010 году совместно с социальными партнерами (профсоюзами и работодателями) будет подготовлено к заключению Генеральное соглашение между общероссийскими объединениями профсоюзов, общероссийскими объединениями работодателей и Правительством Российской Федерации на 2011-2013 годы, а также разработана Концепция развития социального партнерства, целью которой будет совершенствование переговорного процесса по заключению отраслевых соглашений для более полного использования возможностей социального партнерства.

Мы планируем подготовить к ратификации Российской Федерацией 9 конвенций Международной организации труда, в том числе о медицинской помощи и пособиях по болезни, об оплачиваемых отпусках, об охране материнства, о содействии коллективным переговорам, о

прекращении трудовых отношений по инициативе предпринимателя, о службах гигиены труда, об основах, содействующих безопасности и гигиене труда.

Несколько слов об организации детской оздоровительной кампании. С этого года соответствующие полномочия переданы субъектам Российской Федерации. Федеральный бюджет увеличил объем субсидий на мероприятия по оздоровлению детей более чем в 3 раза. Увеличены налоговые источники, закрепленные за субъектами Российской Федерации. Обращаюсь к руководителям регионов, руководителям профсоюзных объединений и объединений работодателей обеспечить максимально возможный охват детей всеми формами летнего отдыха, провести оздоровительную кампанию на высоком организационном уровне.

В связи с 65-летием Победы в Великой Отечественной войне 1941-1945 годов приоритетным направлением деятельности в 2010 году будет являться улучшение социально-экономического положения ветеранов Великой Отечественной войны, тружеников тыла и членов их семей.

Совместно с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и заинтересованными федеральными органами исполнительной власти будет продолжена работа по улучшению жилищных условий участников Великой Отечественной войны, а также по ведению мониторинга предоставленного жилья.

Круг проблем, решаемых Министерством и соответствующими региональными структурами, очень широкий. Помимо названных в докладе, это совершенствование медицинского образования и развитие научно-исследовательской деятельности в сфере здравоохранения, защита прав потребителей, оптимизация системы оказания социальных услуг и развитие новых форм социального обслуживания, совершенствование государственной службы, международное сотрудничество, информатизация здравоохранения и социального обслуживания. Полный перечень задач 2010 года представлен в письменном докладе, который роздан участникам сегодняшнего заседания. Ознакомившись с ним, вы сможете определить полную и подробную систему действий, скоординировать планы своей работы с задачами, которые будет решать Министерство. Некоторые аспекты намеченной работы будут более подробно освещены в выступлениях участников этого заседания.

В Послании Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации от 12 ноября 2009 года и в Основных направлениях антикризисных действий Правительства Российской Федерации на 2010 год говорится о необходимости всесторонней модернизации, изменении качества жизни в

России, переориентации экономики на реальные потребности людей, в том числе на улучшение здоровья и социального самочувствия. Уверена, что кризисный период пройдет и мы даже в непростых условиях создадим социальные механизмы, способствующие повышению качества человеческого капитала. 2010 и 2011 годы являются ключевыми с точки зрения обеспечения выхода на запланированную траекторию инновационного социально ориентированного развития, на смещение акцентов в сторону модернизационной повестки дня.

Мероприятия, предусмотренные поручениями Президента Российской Федерации и программными документами Правительства Российской Федерации в части модернизации здравоохранения и социального обслуживания, развития рынка труда и обеспечения доступности современной социальной инфраструктуры для всех слоев населения, должны быть безусловно выполнены.

Уверена, что скоординированные совместные действия, нацеленность на конечный результат и высокая ответственность подавляющего большинства работников наших отраслей помогут нам достойно решить эти задачи.

О.В. Царёва, А.В. Устюгов
Федеральный фонд ОМС

Итоги проведения мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье» и мер по улучшению демографической ситуации в 2009 году

Одним из приоритетных направлений государственной политики в целях обеспечения устойчивого социально-экономического развития Российской Федерации является сохранение и укрепление здоровья населения на основе развития профилактических направлений, формирования здорового образа жизни, повышения доступности и качества медицинской помощи, а также реализация мер по улучшению демографической ситуации в Российской Федерации.

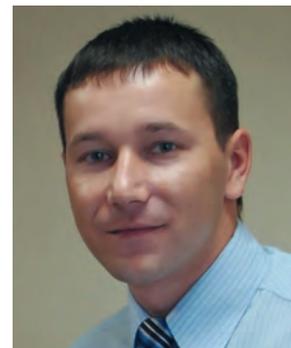
Наиболее эффективными механизмами реализации поставленных задач являются диспансеризация детского и взрослого населения, направленная на раннюю диагностику заболеваний, в том числе социально-значимых (сахарного диабета, туберкулеза, онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний), а также создание Центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее – ФОМС) в рамках своей компетенции осуществляет финансовое обеспечение мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье» и мер по улучшению демографической ситуации в 2009 году в соответствии с Федеральным законом от 25 ноября 2008г. №215ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2009 год и плановый период 2010-2011 годов» (в редакции от 25.11.2009г. №264-ФЗ) и сводной бюджетной росписью расходов бюджета ФОМС по следующим направлениям (таблица 1).

Финансовое обеспечение указанных направлений приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2009 году регламентировали следующие нормативные правовые акты ФОМС:



О.В. Царёва,
начальник Управления
модернизации системы
ОМС ФОМС



А.В. Устюгов,
начальник отдела
анализа системы ОМС и
сопровождения приори-
тетного национального
проекта в сфере здраво-
охранения

- приказ ФОМС от 7 марта 2008 года № 50 «О порядке предоставления в 2008-2009 годах из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан» (в редакции 18.02.2009г. № 28) (зарегистрирован в Минюсте России 17.03.2009г. №13521);

- приказ ФОМС от 24 февраля 2009г. № 33 «Об утверждении реестра счетов и порядка ведения реестра счетов на оплату проведенной дополнительной диспансеризации работающих граждан» (зарегистрирован в Минюсте России 18.03.2009г. № 13539);

- приказ ФОМС от 14 марта 2008 года № 57 «Об утверждении форм и порядка предоставления отчетов об использовании субсидий на проведение дополнительной

диспансеризации работающих граждан» (в редакции 11.03.2009г. № 45) (зарегистрирован в Минюсте России 03.04.2009г. №13672);

- приказ ФОМС от 2 апреля 2009 г. № 61 «Об утверждении форм мониторинга проведения диспансеризации»;

- приказ ФОМС от 14 апреля 2008 г. №82 «Об утверждении отчетных форм по проведению дополнительной диспансеризации» (в редакции от 19.02.2010г. №32) (зарегистрирован в Минюсте России 24.03.2010г. № 16707);

- приказ ФОМС от 16 апреля 2009 №76 «О реализации Постановления Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2007 года №945» (в редакции от 04.02.2010 №19) (зарегистрирован в Минюсте России 26.02.2010г. №16511);

- приказ ФОМС от 03 июня 2008г. № 120 «Об утверждении формы и порядка представления отчетов об использовании субсидий на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (в редакции от 11.03.2009 №44) (зарегистрирован в Минюсте России 06.04.2009г. №13689);

- приказ ФОМС от 11 января 2010г. №1 «Об утверждении формы и порядка предоставления отчета об использовании средств на оплату медицинской помощи, оказываемой в центрах здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака».

Проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан

Дополнительная диспансеризация работающих граждан в 2009 году проводилась во всех субъектах Российской Федерации. В ее реализации принимало участие 3 555 учреждений здравоохранения муниципальной и государственной систем здравоохранения. Из них 1 238 (34,8%) – сельские учреждения здравоохранения, 2 317 (65,2%) – городские, так же для проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан были организованы 243 выездные бригады.

Плановые показатели численности работающих граждан подлежащих дополнительной диспансеризации в 2009 году в целом по Российской Федерации составили 3 838 771 человек. По данным мониторинга, осуществляемого ФОМС, в 2009 году дополнительную диспансеризацию прошло 4 172 879 человека (108,7% от плана) (рисунок 1).

Наиболее высокие темпы проведения диспансеризации работающих граждан в 2009 году были отмечены в III и IV квартале. Достижению представленных показателей способствовало постоянное взаимодействие территориальных фондов обязательного медицинского страхования (далее – ТФОМС) с заинтересованными ведомствами по обеспечению выполнения плана-графика проведения диспансеризации; осуществление организационно-методического сопровождения деятельности учреждений здравоохранения по своевременному представлению реестров счетов; агитационная работа со средствами массовой информации

*Таблица 1
Финансовое обеспечение мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье»
и мер по улучшению демографической ситуации в 2009 году*

Показатели	Предусмотрено	Исполнено	% исполнения плана
Проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан			
Объем финансовых средств (тыс. руб.)	4 050 270,1	3 788 890,2	93,5 %
Численность (чел.)	3 838 771	4 172 879	108,7 %
Проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации			
Объем финансовых средств (тыс. руб.)	926 382,5	823 626,2	88,9 %
Численность (чел.)	365 888	361 165	98,7 %
Оплата медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни			
Объем финансовых средств (тыс. руб.)	17 000 000,0	17 000 000,0	100,0 %

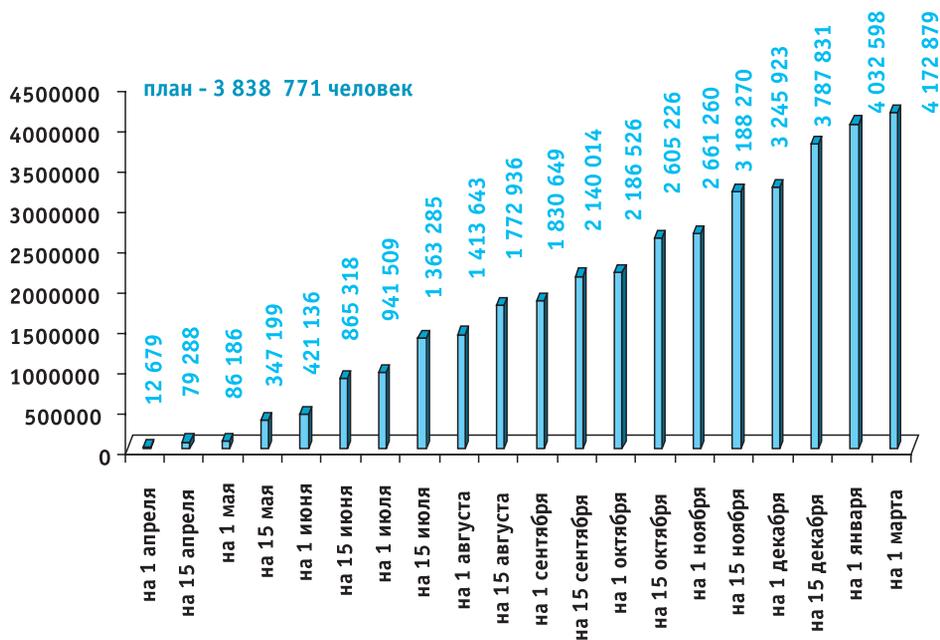


Рисунок 1. Динамика численности работающих граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию в течение 2009 года (человек)

по вопросу важности проведения диспансеризации работающих граждан; соответствие утвержденной численности работающих граждан, подлежащих диспансеризации в 2009 году по субъектам Российской Федерации, возможностям и ресурсам учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации; возможность заключения договора с учреждением здравоохранения, имеющим лицензию на осуществление вида медицинской деятельности, отсутствующего у

учреждения здравоохранения, обеспечивающего проведение диспансеризации.

Численность работающих граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию в 2009 году, на 8,7% превысила запланированную Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации (рисунок 2).

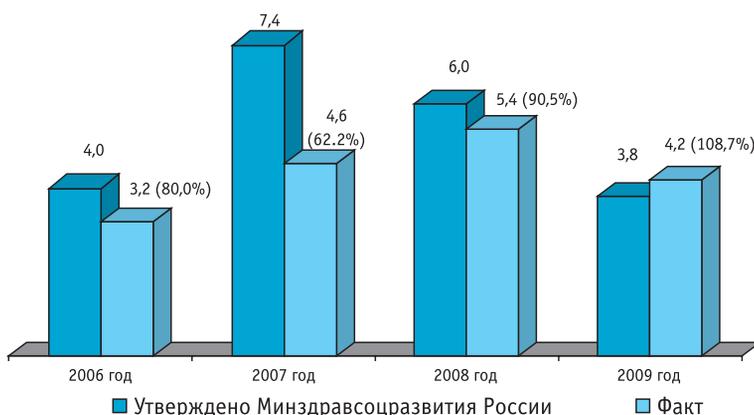


Рисунок 2. Численность работающих граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию в 2006-2009 года (млн. чел.)

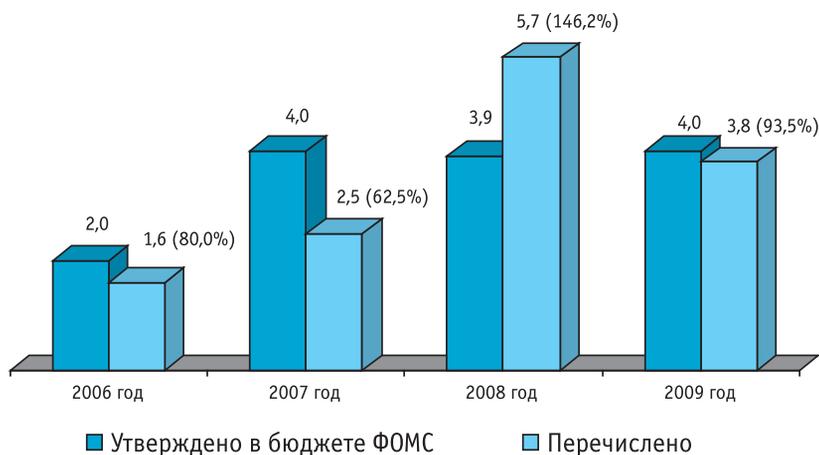


Рисунок 3. Финансовое обеспечение проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан в 2006-2009 годах (млрд. руб.)

Расходы ФОМС на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан в 2009 году исполнены в объеме 3 788 890,2 тыс. руб. или 93,5% к плановым назначениям (план 4 050 270,1 тыс. рублей) (рисунок 3). Неисполнение сложилось по причине невыполнения плановых показателей ТФОМС следующих субъектов Российской Федерации (в соответствии с планами-графиками, утвержденными органами государственной власти субъектов Российской Федерации): более 10% - Камчатский, Приморский края, Республика Адыгея, Чукотский, Ненецкий автономные округа, Амурская, Орловская, Челябинская, Тульская области, более 3% - Ярославская, Курская, Новосибирская, Брянская,

Астраханская, Иркутская, Оренбургская, Псковская, Калужская, Волгоградская, Магаданская области, г. Санкт-Петербург, Пермский, Забайкальский края, Республики Мордовия, Марий Эл, г. Москва; более 1% - Ленинградская, Кировская, Московская, Новгородская области.

Следует заметить, что дополнительную диспансеризацию в 2006-2009 годах прошли только 29,5% работающих граждан от общей численности работающего населения Российской Федерации, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования (58 825,9 тыс. человек по состоянию на 1 января 2010 г.) (рисунок 4).

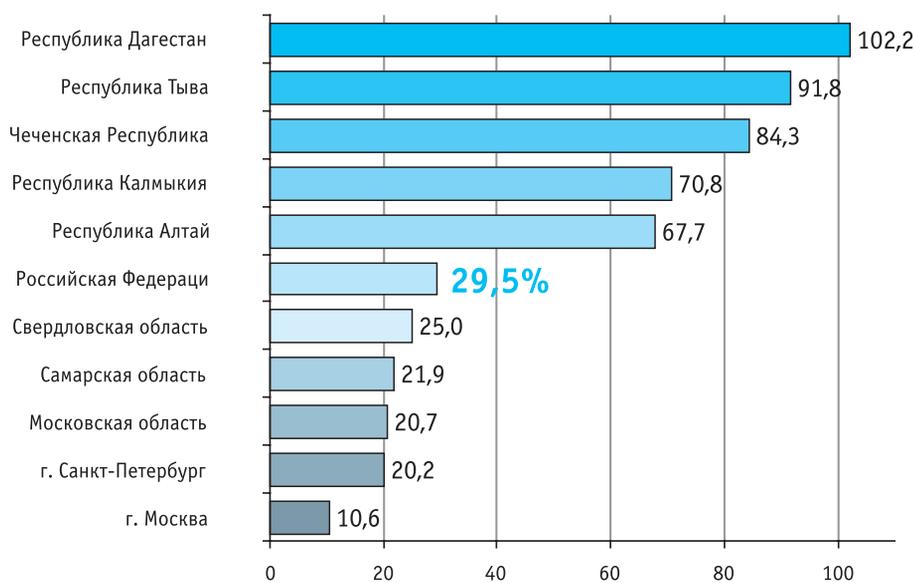


Рисунок 4. Отношение численности работающих граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию в течение 2006-2009 гг., к числу граждан, застрахованных по ОМС, по состоянию на 01.01.2010 г. (%)

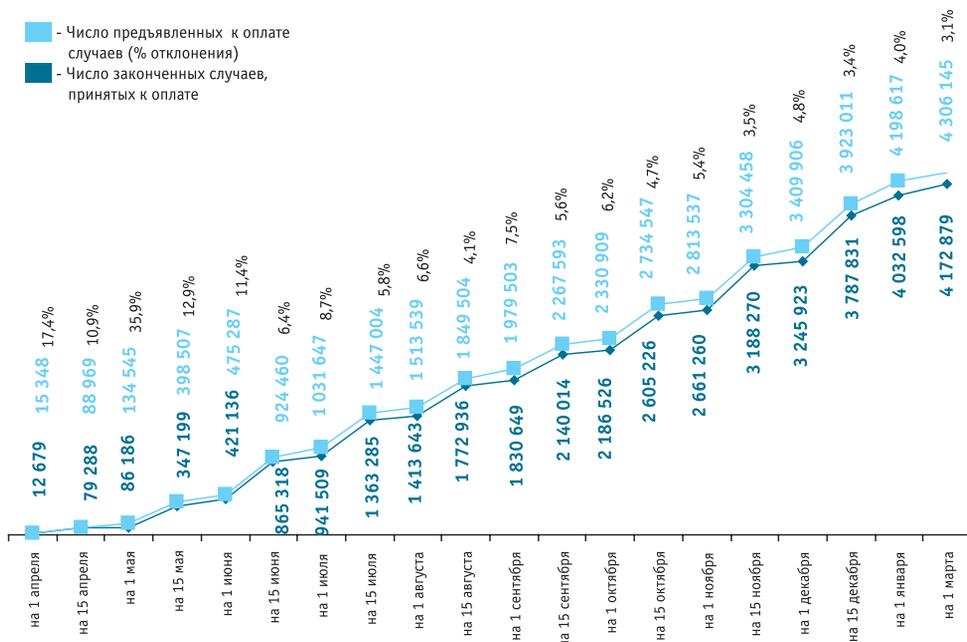


Рисунок 5. Динамика количества предъявленных к оплате случаев дополнительной диспансеризации работающих граждан согласно реестров счетов (человек) и количества законченных случаев диспансеризации, принятых к оплате после проведения медико-экономической экспертизы (человек) в течение 2009 года

Несмотря на высокий процент прошедших в 2009 году дополнительную диспансеризацию работающих граждан, на 1 марта 2010 г. было отмечено 133 266 законченных случаев диспансеризации, отклоненных к оплате ТФОМС после проведения медико-экономической экспертизы, что составило 3,1% от предъявленных учреждений здравоохранения к оплате случаев диспансеризации согласно реестров счетов (рисунок 5).

По итогам 2009 года процент отклоненных в оплате законченных случаев дополнительной диспансеризации работающих граждан после проведения медико-экономической

экспертизы по субъектам Российской Федерации распределился следующим образом (рисунок 6). Самый высокий процент отклоненных счетов за 2009 год в Пермском крае - 14, 5% и в Кемеровской области - 14,8% (рисунок 6).

Структура распределения расходов средств, полученных медицинскими учреждениями, за все время проведения дополнительной диспансеризации существенно не изменялась, можно отметить небольшую тенденцию к снижению доли расходов на оплату договоров о привлечении медицинских работников, что может быть

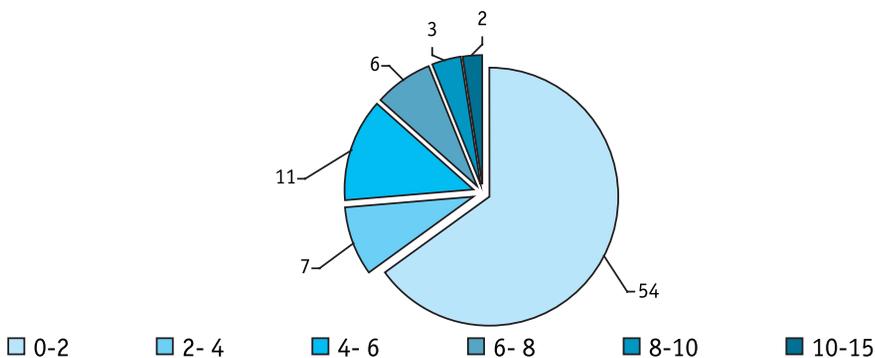


Рисунок 6. Структура субъектов Российской Федерации по процентам отклоненных счетов по диспансеризации (количество субъектов Российской Федерации)

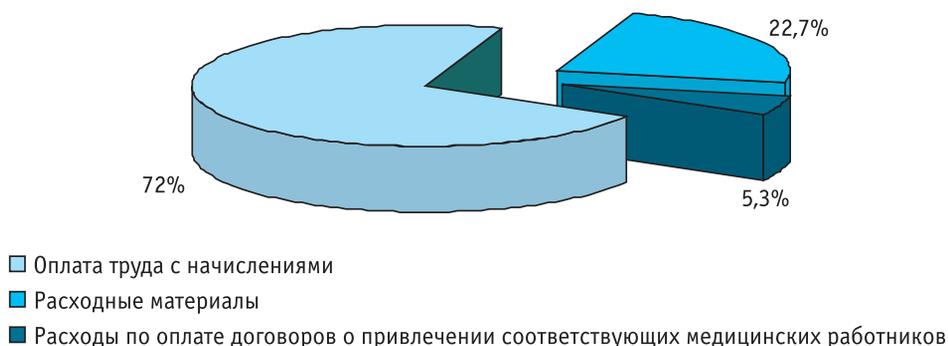


Рисунок 7. Структура расходования средств, полученных ЛПУ за проведение дополнительной диспансеризации (%).

связано с получением ряда учреждений здравоохранения необходимых лицензий для проведения полного объема диспансеризации.

Количество учреждений здравоохранения, участвовавших в проведении дополнительной диспансеризации в 2009 году, увеличилось на 2,9 % по сравнению с 2008 годом и составило 3 555 учреждений, при этом уменьшилась численность граждан, прошедших диспансеризацию, поэтому по итогам года нагрузка на одно учреждение здравоохранения сократилась с 1 563 до 1 174 человек (на 24,9%).

В 2009 году для проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан в субъектах Российской Федерации были организованы 243 выездные бригады, которыми осмотрено 2,3% от прошедших дополнительную диспансеризацию граждан.

Подавляющее большинство осмотренных работающих граждан при проведении дополнительной диспансеризации относятся к III группе здоровья (нуждающиеся в амбулаторно-поликлиническом лечении). Данная ситуация свидетельствует, с одной стороны, о неудовлетворительном состоянии здоровья работающего населения в целом по стране, с другой стороны, о достижении результата основной задачи диспансеризации – ранней диагностики и лечения заболеваний на уровне амбулаторно-поликлинического звена. За время проведения дополнительной диспансеризации положительно можно оценить тенденцию к возрастанию процента граждан, отнесенных к I группе здоровья (практически здоровые) и уменьшению количества граждан, отнесенных к IV и V группам здоровья (рисунок 8).

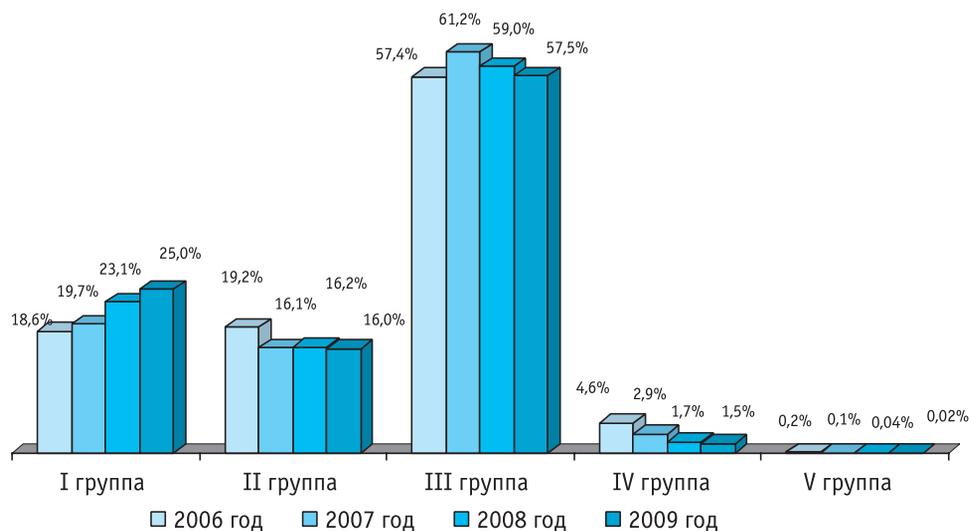


Рисунок 8. Распределение граждан по группам здоровья по результатам проведения диспансеризации

Таблица 2
Структура заболеваемости по результатам проведения диспансеризации
(количество больных на 1 000 осмотренных)

Системы органов кровообращения	Эндокринной системы	Костно-мышечной системы	Мочеполовой системы	Нервной системы	Пищеварительной системы
2006 год					
248	187	170	127	86	79
2007 год					
274	199	220	163	76	74
2008 год					
292	234	188	180	80	80
2009 год					
286	103	184	156	82	85

При анализе структуры выявленных заболеваний обращает на себя внимание, что на протяжении всего периода проведения дополнительной диспансеризации структура заболеваемости существенно не изменялась. Отмечается уменьшение количества заболеваний эндокринной системы в 2009 году (в два раза по сравнению с предыдущими годами), что обусловлено тем, что из списка врачей-специалистов, участвующих в проведении диспансеризации в 2009 году, исключен врач-эндокринолог (таблица 2).

Рассматривая ситуацию эффективности выявления социально-значимых заболеваний на территории Российской Федерации (рисунок 9), следует отметить, что при прохождении дополнительной диспансеризации

впервые выявляется около 45% случаев заболевания туберкулезом, 28% случаев заболевания сахарным диабетом и 23% злокачественных новообразований, что дополнительно подтверждает необходимость проведения диспансеризации работающего населения.

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

Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в 2009 году проводилась во всех субъектах Российской Федерации. Для реализации данного направления ТФОМС заключили 1 792 договора с

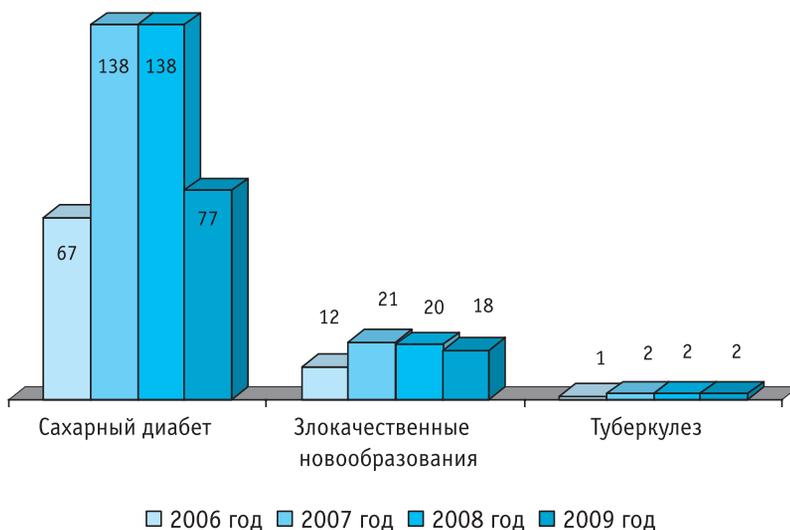


Рисунок 9. Количество выявленных социально значимых заболеваний по результатам проведения дополнительной диспансеризации (количество больных на 10 000 обследованных)

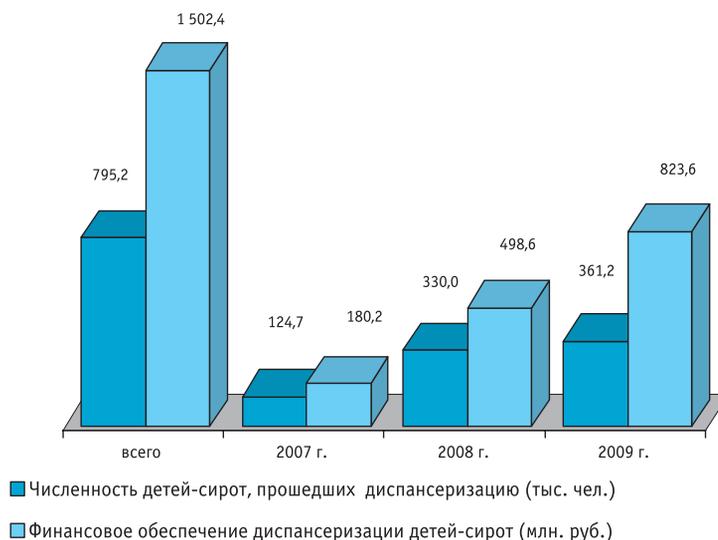


Рисунок 10. Проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации в 2007-2009 годах

учреждениями здравоохранения, из них 1 580 (88,2%) муниципальных учреждений здравоохранения и 212 (11,8%) – государственных. С целью привлечения специалистов для оказания отдельных видов работ (услуг), необходимых для проведения диспансеризации в полном объеме, учреждения здравоохранения заключили 3 643 договора, из них 89 договоров было заключено с учреждениями, расположенными на территории других субъектов Российской Федерации.

Динамика проведения диспансеризации детей-сирот в 2007-2009 годах представлена на рисунке 10.

Плановые показатели численности детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, подлежащих диспансеризации в 2009 году, в целом по Российской Федерации составили 365 888 человек. По данным мониторинга ФОМС, диспансеризацию в 2009 году прошло 361 165 детей-сирот (98,7% от плана) (рисунок 11, 12).

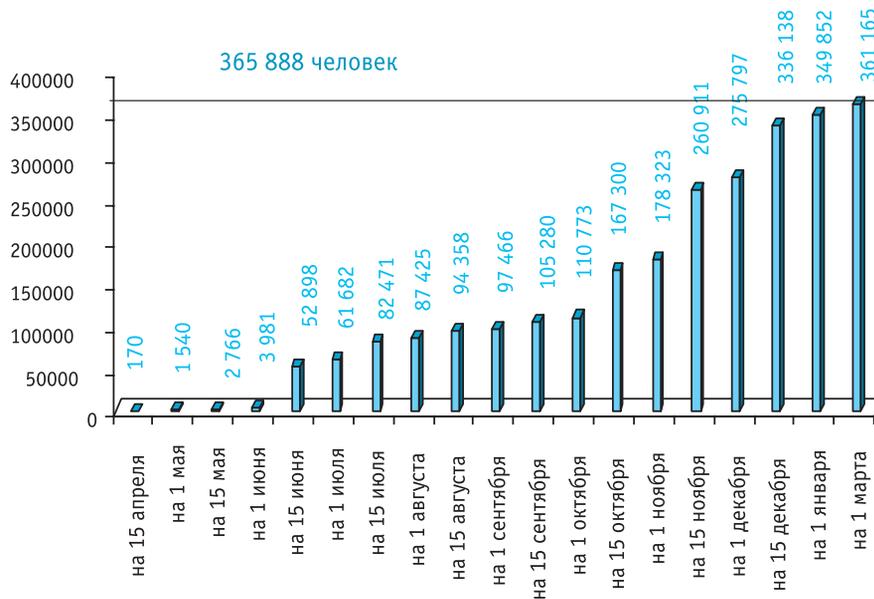


Рисунок 11. Динамика численности детей-сирот, прошедших диспансеризацию в течение 2009 года (человек)



Рисунок 12. Сравнительные показатели по исполнению плана диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации в 2009 году

Несмотря на высокие темпы проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в целом по Российской Федерации в 2009 году, в ряде субъектов Российской Федерации отмечено невыполнение годовых плановых показателей: менее 90% - Камчатский, Приморский края, Тверская, Калининградская области и Ненецкий автономный округ; менее 100% - Амурская, Тюменская, Саратовская, Челябинская, Калужская, Ульяновская, Магаданская, Архангельская, Иркутская, Курская, Псковская, Орловская, Ярославская, Астраханская, Мурманская, Волгоградская, Белгородская, Брянская, Кировская, Рязанская области,

Ханты-Мансийский, Чукотский, Ямало-Ненецкий автономные округа, Еврейская автономная область, Республики Карелия, Коми, Кабардино-Балкарская, Бурятия, Марий Эл, Тыва, Мордовия, Северная Осетия-Алания, г. Санкт-Петербург и Хабаровский край.

По диспансеризации детей-сирот в 2009 году, на 1 марта 2010 г. было отмечено 3 086 законченных случаев диспансеризации, отклоненных в оплате ТФОМС после проведения медико-экономической экспертизы, что составило 0,8% от предъявленных учреждениями здравоохранения к оплате случаев диспансеризации согласно реестров счетов (рисунок 13).

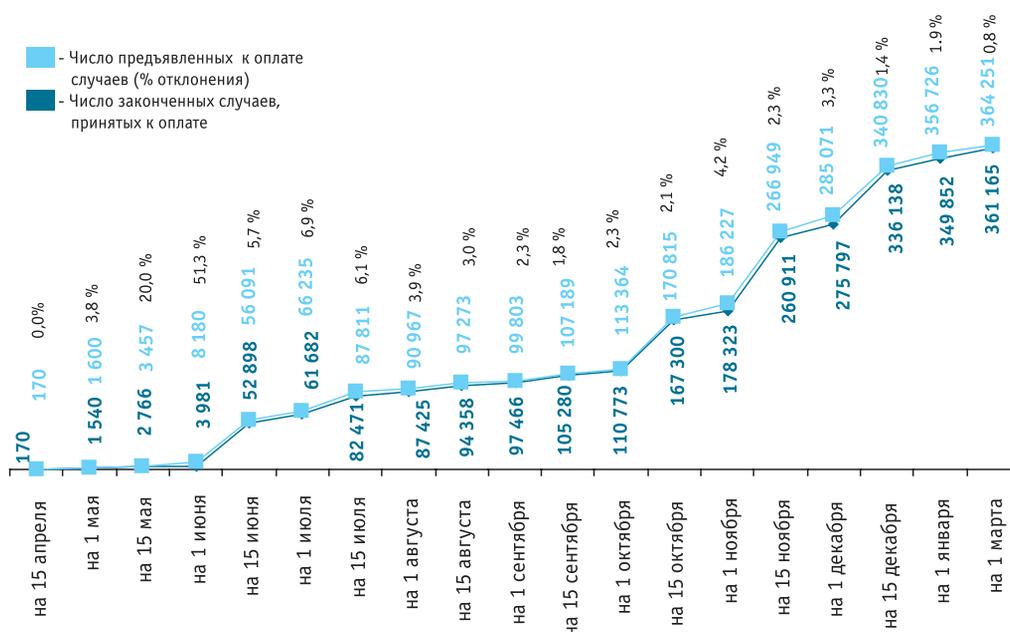


Рисунок 13. Динамика количества предъявленных к оплате случаев диспансеризации детей-сирот согласно реестров счетов (человек) и количества законченных случаев диспансеризации, принятых к оплате после проведения медико-экономической экспертизы (человек) в течение 2009 года

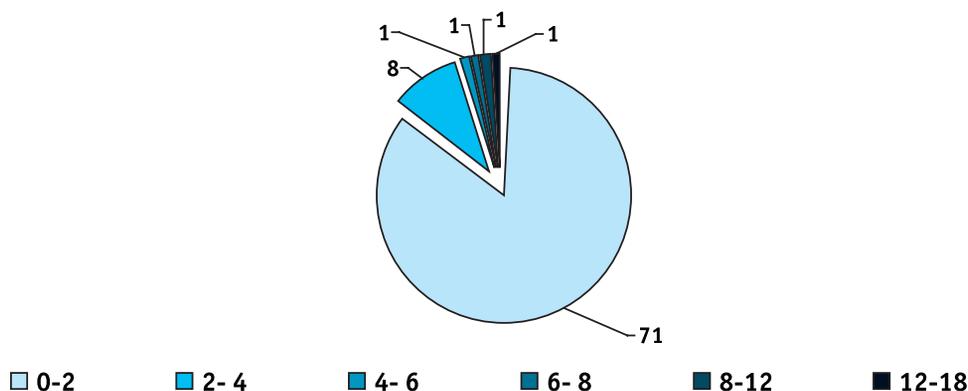


Рисунок 14. Структура субъектов Российской Федерации по процентам отклоненных счетов по диспансеризации детей-сирот (количество субъектов Российской Федерации)

По итогам 2009 года процент отклоненных в оплате законченных случаев диспансеризации детей-сирот после проведения медико-экономической экспертизы по субъектам Российской Федерации распределился следующим образом (рисунок 14). Самый высокий процент отклоненных счетов за 2009 год в Белгородской области – 16,3% и в Кировской области – 11,1%.

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

В 2009 году на оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни было направлено 17 000,0 млн. рублей (100,0% от предусмотренных в бюджете ФОМС средств). Динамика финансирования данного направления представлена на рисунке 15.

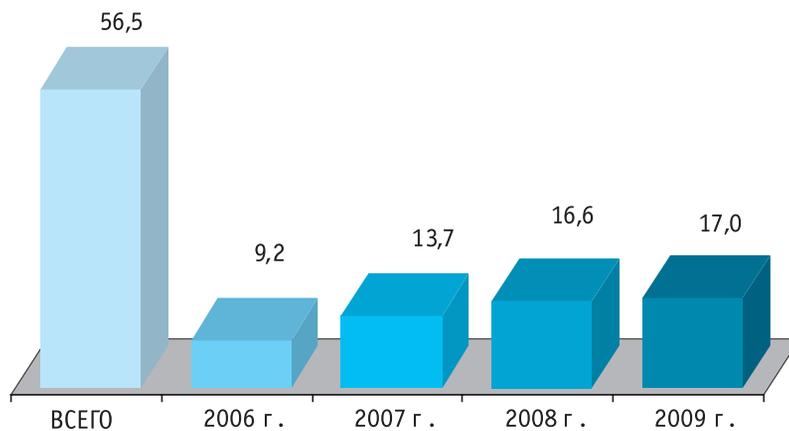


Рисунок 15. Объемы финансовых средств, направленных на оплату родовых сертификатов в период 2006-2009г.г. (млрд.рублей)

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

Во исполнение Постановления Правительства Российской Федерации от 18 мая 2009 г. № 413 «О финансовом обеспечении в 2009 году за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» и в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19.08.2009 г. № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака», ФОМС осуществляет мониторинг деятельности Центров здоровья.

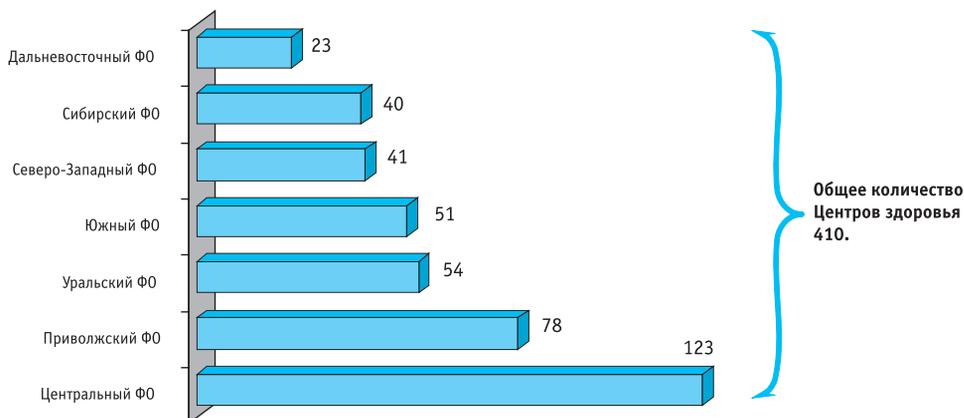


Рисунок 16. Количество действующих в субъектах Российской Федерации Центров здоровья

По данным мониторинга за декабрь 2009 года, в 64 субъектах Российской Федерации в рамках реализации мероприятий по формированию здорового образа жизни организовано 410 центров здоровья. Количество Центров здоровья по Федеральным округам представлено на рисунке 16.

Наибольшее количество Центров здоровья, созданных на функциональной основе в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, отмечено в г.Москве – 50, Московской области – 25 и в г. Санкт-Петербурге – 22.

В ряде субъектов Центры здоровья в отчетном периоде организованы не были. Наибольшее количество субъектов, в которых отмечена данная ситуация находятся в Южном федеральном округе (Республика Ингушетия, Республика Калмыкия, Карачаево-Черкесская Республика, Чеченская Республика) и Сибирском федеральном округе (Республика Алтай, Республика Бурятия, Республика Тыва, Новосибирская область).

Общее количество обращений (посещений) по субъектам Российской Федерации составило 32 919, в том числе впервые обратившихся для проведения комплексного обследования – 21 986 (66,8%).

Фактическая сумма средств, направленных на оплату медицинской помощи, оказанную в Центрах здоровья в отчетном периоде по субъектам Российской Федерации, составила 5 989 702,0 руб., в том числе на оплату первичных посещений, включающих комплексное обследование – 5 336 559,1 руб. (91,9%). Финансовые средства, направленные на оплату медицинской помощи по федеральным округам, представлены на рисунке 17.

В среднем стоимость 1 законченного случая первичного обращения в Центр здоровья по субъектам Российской Федерации в отчетном периоде составила 413,3 руб. (наибольшая стоимость – 1 421,2 руб. в Томской области, наименьшая – 20,0 руб. в Удмуртской Республике).

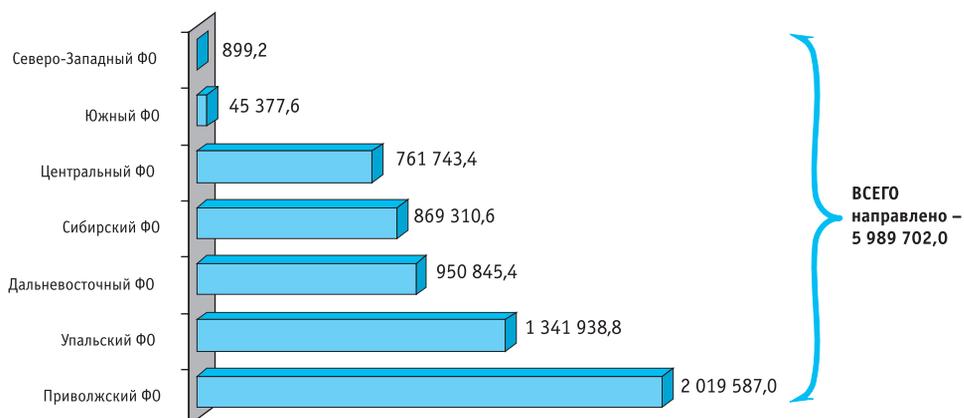


Рисунок 17. Финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой в Центрах здоровья в 2009 году (рублей)

Показатели проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан в 2009 году

Субъект Российской Федерации	Численность работающих граждан, утвержденная МЗСР на 2009 год	Численность работающих граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию в 2009 году	Выполнение плана МЗСР РФ	Отношение работающих граждан, прошедших диспансеризацию за 2006-2009 годы, к численности работающих, застрахованных в системе ОМС
1	2	3	4	5
Российская Федерация	3 838 771	4 172 879	108,7%	29,5%
Центральный федеральный округ	928 219	1 089 481	117,4%	20,7%
Белгородская область	59 813	59 950	100,2%	36,4%
Брянская область	52 901	49 473	93,5%	49,1%
Владимирская область	42 886	44 200	103,1%	27,0%
Воронежская область	69 689	74 689	107,2%	29,3%
Ивановская область	27 565	28 057	101,8%	37,4%
Калужская область	35 426	35 751	100,9%	37,2%
Костромская область	23 130	24 017	103,8%	31,4%
Курская область	45 470	44 702	98,3%	41,2%
Липецкая область	30 811	33 057	107,3%	37,8%
Московская область	128 000	136 698	106,8%	20,7%
Орловская область	40 389	31 304	77,5%	37,9%
Рязанская область	17 000	22 294	131,1%	20,3%
Смоленская область	14 300	15 536	108,6%	27,4%
Тамбовская область	30 642	32 051	104,6%	50,4%
Тверская область	20 141	22 238	110,4%	19,1%
Тульская область	37 772	47 422	125,5%	29,4%
Ярославская область	52 284	53 795	102,9%	32,0%
г. Москва	200 000	334 247	167,1%	10,6%
Северо-Западный федеральный округ	338 895	343 729	101,4%	23,9%
Республика Карелия	10 000	10 090	100,9%	16,4%
Республика Коми	22 022	24 022	109,1%	36,6%
Архангельская область	30 007	30 644	102,1%	25,0%
Вологодская область	37 968	40 887	107,7%	32,3%
Калининградская область	15 000	18 207	121,4%	13,6%
Ленинградская область	38 481	38 704	100,6%	28,0%
Мурманская область	24 971	27 865	111,6%	24,5%
Новгородская область	29 000	31 996	110,3%	36,1%
Псковская область	14 446	14 734	102,0%	27,3%
г. Санкт-Петербург	116 000	105 727	91,1%	20,2%
Ненецкий авт. округ	1 000	853	85,3%	19,7%
Южный федеральный округ	520 851	568 465	109,1%	41,8%
Республика Адыгея	9 739	6 623	68,0%	43,2%
Республика Дагестан	79 027	94 026	119,0%	102,2%
Республика Ингушетия	6 164	6 164	100,0%	66,4%
Кабардино-Балкарская республика	16 023	16 393	102,3%	51,0%
Республика Калмыкия	10 721	11 804	110,1%	70,8%
Карачаево-Черкесская республика	8 543	8 854	103,6%	54,6%

1	2	3	4	5
Республика Северная Осетия - Алания	10 220	10 233	100,1%	48,4%
Чеченская республика	25 822	28 538	110,5%	84,3%
Краснодарский край	104 585	122 594	117,2%	29,2%
Ставропольский край	66 473	71 931	108,2%	39,3%
Астраханская область	30 534	38 440	125,9%	46,3%
Волгоградская область	53 000	50 918	96,1%	38,0%
Ростовская область	100 000	101 947	101,9%	35,9%
Приволжский федеральный округ	776 971	888 014	114,3%	32,9%
Республика Башкортостан	97 932	144 928	148,0%	36,3%
Республика Марий Эл	25 231	28 815	114,2%	46,5%
Республика Мордовия	48 740	45 469	93,3%	51,0%
Республика Татарстан	77 000	83 108	107,9%	26,6%
Республика Удмуртия	33 000	34 046	103,2%	26,5%
Республика Чувашия	52 039	54 039	103,8%	42,3%
Пермский край	68 477	63 770	93,1%	34,5%
Кировская область	48 000	46 848	97,6%	32,4%
Нижегородская область	86 895	92 015	105,9%	26,2%
Оренбургская область	42 815	45 525	106,3%	35,8%
Пензенская область	46 626	49 626	106,4%	44,2%
Самарская область	30 562	70 786	231,6%	21,9%
Саратовская область	96 654	101 039	104,5%	46,0%
Ульяновская область	23 000	28 000	121,7%	36,6%
Уральский федеральный округ	400 163	395 511	98,8%	26,5%
Курганская область	30 673	30 673	100,0%	35,3%
Свердловская область	143 380	151 258	105,5%	25,0%
Тюменская область	39 024	40 956	105,0%	29,6%
Челябинская область	120 364	105 323	87,5%	30,4%
Ханты-Мансийский авт. округ	62 022	62 601	100,9%	25,9%
Ямало-Ненецкий авт.округ	4 700	4 700	100,0%	10,3%
Сибирский федеральный округ	674 700	699 156	103,6%	41,1%
Республика Алтай	6 366	6 974	109,6%	67,7%
Республика Бурятия	20 174	20 414	101,2%	40,5%
Республика Тыва	6 594	8 289	125,7%	91,8%
Республика Хакассия	12 295	12 725	103,5%	40,4%
Алтайский край	71 000	75 306	106,1%	44,6%
Забайкальский край	37 483	38 514	102,8%	55,9%
Красноярский край	120 987	133 276	110,2%	41,1%
Иркутская область	58 534	55 256	94,4%	28,8%
Кемеровская область	95 741	97 254	101,6%	41,2%
Новосибирская область	143 987	142 169	98,7%	47,9%
Омская область	64 031	68 305	106,7%	29,4%
Томская область	37 508	40 674	108,4%	36,6%
Дальневосточный федеральный округ	198 972	188 523	94,7%	33,4%
Республика Саха (Якутия)	25 000	25 247	101,0%	34,1%
Камчатский край	13 935	9 212	66,1%	27,7%
Приморский край	65 802	57 720	87,7%	38,7%
Хабаровский край	40 753	43 121	105,8%	28,1%
Амурская область	32 205	32 854	102,0%	46,8%
Магаданская область	5 398	5 194	96,2%	23,2%
Сахалинская область	9 000	9 332	103,7%	19,8%
Еврейская автономная область	3 550	3 550	100,0%	29,3%
Чукотский автономный округ	3 329	2 293	68,9%	37,9%

Показатели проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в 2009 году

Субъект Российской Федерации	Численность детей, подлежащих диспансеризации в 2009 году (чел.)		Численность детей, прошедших диспансеризацию в 2009 году (чел.)	Выполнение прогнозной численности МЗСР РФ в 2009 году	Выполнение утвержденных планов-графиков в 2009 году	Отношение прошедших диспансеризацию в 2009 году к прошедшим в 2008 году
	прогнозная численность МЗСР РФ	согласно утвержденным планам-графикам				
1	2	3	4	5	6	7
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	348 666	365 888	361 165	103,6%	98,7%	108,5%
Центральный федеральный округ	83 800	88 784	87 921	104,9%	99,0%	107,5%
Белгородская область	2 732	2 732	2 712	99,3%	99,3%	108,1%
Брянская область	2 481	2 351	2 335	94,1%	99,3%	103,3%
Владимирская область	5 125	5 043	5 061	98,8%	100,4%	124,2%
Воронежская область	4 881	4 975	4 975	101,9%	100,0%	92,1%
Ивановская область	3 831	4 432	4 545	118,6%	102,5%	105,8%
Калужская область	3 588	3 715	3 458	96,4%	93,1%	99,8%
Костромская область	2 015	3 061	3 061	151,9%	100,0%	108,9%
Курская область	3 499	3 636	3 514	100,4%	96,6%	104,7%
Липецкая область	2 419	2 419	2 419	100,0%	100,0%	100,3%
Московская область	10 204	10 338	10 440	102,3%	101,0%	131,9%
Орловская область	2 472	2 574	2 521	102,0%	97,9%	109,9%
Рязанская область	3 134	3 442	3 431	109,5%	99,7%	114,0%
Смоленская область	4 168	4 490	4 501	108,0%	100,2%	118,3%
Тамбовская область	4 208	4 706	4 706	111,8%	100,0%	113,3%
Тверская область	3 676	4 028	3 393	92,3%	84,2%	80,0%
Тульская область	3 745	4 054	4 054	108,3%	100,0%	90,1%
Ярославская область	3 472	3 603	3 538	101,9%	98,2%	104,2%
г. Москва	18 150	19 185	19 257	106,1%	100,4%	107,8%
Северо-Западный федеральный округ	32 872	33 242	32 144	97,8%	96,7%	114,2%
Республика Карелия	1 586	1 571	1 493	94,1%	95,0%	106,1%
Республика Коми	3 872	4 250	4 071	105,1%	95,8%	105,5%
Архангельская область	3 615	3 767	3 569	98,7%	94,7%	119,8%
Вологодская область	2 163	2 163	2 164	100,0%	100,0%	106,4%
Калининградская область	2 719	2 719	2 417	88,9%	88,9%	114,7%
Ленинградская область	5 522	4 884	4 887	88,5%	100,1%	145,4%
Мурманская область	2 533	2 705	2 665	105,2%	98,5%	101,9%
Новгородская область	1 812	1 883	1 883	103,9%	100,0%	128,6%
Псковская область	2 931	2 931	2 837	96,8%	96,8%	122,3%
г. Санкт-Петербург	5 789	6 030	5 858	101,2%	97,1%	101,1%
Ненецкий автономный округ	330	339	300	90,9%	88,5%	137,6%
Южный федеральный округ	45 899	49 950	49 811	108,5%	99,7%	106,8%
Республика Адыгея	364	376	376	103,3%	100,0%	103,6%
Республика Дагестан	8 633	9 056	9 056	104,9%	100,0%	106,4%
Республика Ингушетия	1 448	1 344	1 344	92,8%	100,0%	159,6%
Кабардино-Балкарская республика	2 414	2 426	2 366	98,0%	97,5%	99,2%
Республика Калмыкия	756	817	817	108,1%	100,0%	108,1%

1	2	3	4	5	6	7
Карачаево-Черкесская республика	580	689	689	118,8%	100,0%	107,5%
Республика Северная Осетия	2 244	2363	2360	105,2%	99,9%	196,8%
Чеченская республика	616	696	706	114,6%	101,4%	209,5%
Краснодарский край	10 030	11 436	11 436	114,0%	100,0%	87,2%
Ставропольский край	4 080	4 448	4 448	109,0%	100,0%	109,7%
Астраханская область	2 471	2 434	2 398	97,0%	98,5%	105,0%
Волгоградская область	4 734	5 574	5 524	116,7%	99,1%	119,3%
Ростовская область	7 529	8 291	8 291	110,1%	100,0%	110,3%
Приволжский федеральный округ	58 911	62 716	62 302	105,8%	99,3%	110,2%
Республика Башкортостан	9 176	10 615	10 617	115,7%	100,0%	144,2%
Республика Марий Эл	2 023	2 143	2 104	104,0%	98,2%	105,2%
Республика Мордовия	1 736	1 397	1 395	80,4%	99,9%	90,5%
Республика Татарстан	2 118	2 377	2 506	118,3%	105,4%	116,1%
Удмуртская Республика	3 942	3 942	4 021	102,0%	102,0%	122,0%
Чувашская Республика	3 329	3 719	3 719	111,7%	100,0%	114,4%
Пермский край	6 078	5 834	5 834	96,0%	100,0%	93,8%
Кировская область	5 257	5 044	5 025	95,6%	99,6%	79,9%
Нижегородская область	5 248	5 770	5 796	110,4%	100,5%	119,9%
Оренбургская область	3 798	3 998	4 021	105,9%	100,6%	129,1%
Пензенская область	2 148	2 435	2 463	114,7%	101,1%	112,2%
Самарская область	5 594	5 863	5 887	105,2%	100,4%	101,0%
Саратовская область	5 340	5 340	4 951	92,7%	92,7%	99,9%
Ульяновская область	3 124	4 239	3 963	126,9%	93,5%	113,6%
Уральский федеральный округ	30 330	30 563	29 673	97,8%	97,1%	124,8%
Курганская область	2 839	2 839	2 839	100,0%	100,0%	102,2%
Свердловская область	10 798	11 000	11 066	102,5%	100,6%	112,5%
Тюменская область	2 315	2 315	2 124	91,7%	91,7%	105,7%
Челябинская область	7 684	8 055	7 489	97,5%	93,0%	101,2%
Ханты-Мансийский авт. округ	2 288	1 939	1 801	78,7%	92,9%	130,7%
Ямало-Ненецкий авт. округ	4 406	4 415	4 354	98,8%	98,6%	1164,2%
Сибирский федеральный округ	70 709	73 332	73 845	104,4%	100,7%	97,0%
Республика Алтай	795	1 004	1 004	126,3%	100,0%	126,3%
Республика Бурятия	6 694	6 823	6 681	99,8%	97,9%	101,9%
Республика Тыва	1 978	2 099	2 079	105,1%	99,0%	131,4%
Республика Хакасия	2 031	2 080	2 080	102,4%	100,0%	114,1%
Алтайский край	6 985	8 709	8 707	124,7%	100,0%	95,8%
Забайкальский край	5 522	5 522	5 528	100,1%	100,1%	110,6%
Красноярский край	8 381	8 381	8 714	104,0%	104,0%	77,8%
Иркутская область	8 980	8 980	8 582	95,6%	95,6%	111,6%
Кемеровская область	13 198	13 198	13 823	104,7%	104,7%	84,5%
Новосибирская область	6 953	6 953	7 009	100,8%	100,8%	150,9%
Омская область	6 124	6 419	6 419	104,8%	100,0%	99,5%
Томская область	3 068	3 164	3 219	104,9%	101,7%	65,7%
Дальневосточный федеральный округ	26 145	27 301	25 469	97,4%	93,3%	127,0%
Республика Саха (Якутия)	3 040	3 252	3 336	109,7%	102,6%	126,6%
Камчатский край	1 416	1 515	1 254	88,6%	82,8%	113,2%
Приморский край	8 438	9 273	8 161	96,7%	88,0%	155,4%
Хабаровский край	5 274	5 274	5 205	98,7%	98,7%	105,7%
Амурская область	3 754	3 754	3 404	90,7%	90,7%	101,4%
Магаданская область	806	879	831	103,1%	94,5%	108,8%
Сахалинская область	1 517	1 517	1 532	101,0%	101,0%	157,3%
Еврейская автономная область	1 109	1 046	988	89,1%	94,5%	115,4%
Чукотский автономный округ	791	791	758	95,8%	95,8%	403,2%

Финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой в Центрах здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака в 2009 году

Субъект Российской Федерации	Количество Центров здоровья	Количество посещений		Направлено на оплату медицинской помощи (руб.)		Стоимость 1 законченного случая (руб.)
		Всего	В том числе первичных	Всего	В том числе по законченным случаям первичного обращения	
1	2	3	4	5	6	7
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	410	32 919	21 986	5 989 702,0	5 336 559,1	413,3
Центральный федеральный округ	123	10 982	1 955	761 743,4	720 401,1	388
Белгородская область	3	0	0	0,0	0,0	0
Брянская область	4	0	0	0,0	0,0	0
Владимирская область	4	72	72	30 968,7	30 968,7	430,1
Воронежская область	7	724	0	0,0	0,0	0
Ивановская область	0	0	0	0,0	0,0	0
Калужская область	4	483	427	128 444,2	113 552,1	265,9
Костромская область	2	0	0	0,0	0,0	0
Курская область	0	0	0	0,0	0,0	0
Липецкая область	3	0	0	0,0	0,0	0
Московская область	25	0	0	0,0	0,0	0
Орловская область	2	0	0	0,0	0,0	0
Рязанская область	4	14	14	0,0	0,0	0
Смоленская область	3	242	225	0,0	0,0	0
Тамбовская область	3	126	126	46 714,5	46 714,5	370,8
Тверская область	5	0	0	0,0	0,0	0
Тульская область	4	266	0	26 450,2	0,0	0
Ярославская область	0	0	0	0,0	0,0	0
г. Москва	50	9 055	1 091	529 165,8	529 165,8	485
Северо-Западный федеральный округ	41	1 318	1 318	899,2	899,2	74,9
Республика Карелия	2	0	0	0,0	0,0	0
Республика Коми	3	748	748	0,0	0,0	0
Архангельская область	5	0	0	0,0	0,0	0
Вологодская область	0	0	0	0,0	0,0	0
Калининградская область	2	12	12	899,2	899,2	74,9
Ленинградская область	0	0	0	0,0	0,0	0
Мурманская область	4	113	113	0,0	0,0	0
Новгородская область	0	0	0	0,0	0,0	0
Псковская область	2	0	0	0,0	0,0	0

1	2	3	4	5	6	7
г. Санкт-Петербург	22	445	445	0,0	0,0	0
Ненецкий автономный округ	1	0	0	0,0	0,0	0
Южный федеральный округ	51	1 369	1 369	45 377,6	45 377,6	71,8
Республика Адыгея	1	0	0	0,0	0,0	0
Республика Дагестан	4	632	632	45 377,6	45 377,6	71,8
Республика Ингушетия	0	0	0	0,0	0,0	0
Кабардино-Балкарская Республика	1	0	0	0,0	0,0	0
Республика Калмыкия	0	0	0	0,0	0,0	0
Карачаево-Черкесская Республика	0	0	0	0,0	0,0	0
Республика Северная Осетия-Алания	2	0	0	0,0	0,0	0
Чеченская Республика	0	0	0	0,0	0,0	0
Краснодарский край	13	0	0	0,0	0,0	0
Ставропольский край	7	737	737	0,0	0,0	0
Астраханская область	3	0	0	0,0	0,0	0
Волгоградская область	9	0	0	0,0	0,0	0
Ростовская область	11	0	0	0,0	0,0	0
Приволжский федеральный округ	78	12 274	12 063	2 019 587,0	1 845 013,5	240,2
Республика Башкортостан	11	4 781	4 781	0,0	0,0	0
Республика Марий Эл	2	100	100	30 939,0	30 939,0	309,4
Республика Мордовия	0	0	0	0,0	0,0	0
Республика Татарстан	14	525	525	0,0	0,0	0
Удмуртская Республика	4	51	51	1 022,0	1 022,0	20
Чувашская Республика	3	4 634	4 634	1 813 052,5	1 813 052,5	391,3
Пермский край	0	0	0	0,0	0,0	0
Кировская область	5	343	343	0,0	0,0	0
Нижегородская область	13	0	0	0,0	0,0	0
Оренбургская область	6	0	0	0,0	0,0	0
Пензенская область	4	315	104	0,0	0,0	0
Самарская область	12	0	0	0,0	0,0	0
Саратовская область	0	0	0	0,0	0,0	0
Ульяновская область	4	1 525	1 525	174 573,5	0,0	0
Уральский федеральный округ	54	2 630	2 630	1 341 938,8	1 341 938,8	505,6
Курганская область	2	0	0	0,0	0,0	0
Свердловская область	18	0	0	0,0	0,0	0
Тюменская область	13	2 404	2 404	1 228 938,8	1 228 938,8	511,2
Челябинская область	14	226	226	113 000,0	113 000,0	500
Ханты-Мансийский автономный округ — Югра	7	0	0	0,0	0,0	0
Ямало-Ненецкий автономный округ	0	0	0	0,0	0,0	0
Сибирский федеральный округ	40	2 750	1 194	869 310,6	432 083,5	705,4
Республика Алтай	0	0	0	0,0	0,0	0
Республика Бурятия	0	0	0	0,0	0,0	0
Республика Тыва	0	0	0	0,0	0,0	0

1	2	3	4	5	6	7
Республика Хакасия	1	0	0	0,0	0,0	0
Алтайский край	6	0	0	0,0	0,0	0
Забайкальский край (Чита)	3	501	501	255 144,3	255 144,3	509,3
Красноярский край	8	1 512	0	318 019,1	0,0	0
Иркутская область	4	654	654	121 513,2	121 513,2	185,8
Кемеровская область	9	0	0	0,0	0,0	0
Новосибирская область	0	0	0	0,0	0,0	0
Омская область	7	0	0	0,0	0,0	0
Томская область	2	83	39	174 634,0	55 426,0	1 421,20
Дальневосточный федеральный округ	23	1 596	1 457	950 845,4	950 845,4	652,6
Республика Саха (Якутия)	3	0	0	0,0	0,0	0
Камчатский край	1	0	0	0,0	0,0	0
Приморский край	7	0	0	0,0	0,0	0
Хабаровский край	6	1 457	1 457	950 845,4	950 845,4	652,6
Амурская область	2	139	0	0,0	0,0	0
Магаданская область	1	0	0	0,0	0,0	0
Сахалинская область	2	0	0	0,0	0,0	0
Еврейская автономная область	0	0	0	0,0	0,0	0
Чукотский автономный округ	1	0	0	0,0	0,0	0

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

О внесении изменений в статью 12 Федерального закона от 15.11.1997 г. №143-ФЗ «Об актах гражданского состояния»

С 1 января 2010 года территориальные фонды обязательного медицинского страхования имеют правовую основу для получения сведений о государственной регистрации смерти в органах записи актов гражданского состояния.

Вопросы персонифицированного учета населения в настоящее время актуальны во всех сферах государственного регулирования, включая обязательное медицинское страхование. В системе обязательного медицинского страхования это обусловлено тем, что достоверный и актуальный персонифицированный учет застрахованных граждан находится в четкой корреляции с обоснованностью предоставления финансовых средств и эффективностью их расходования по причине законодательно установленного подушевого принципа финансирования страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование.

Обязательное медицинское страхование распространяется на всех граждан Российской Федерации и реализуется в форме договора, заключаемого страхователем (работодателем либо органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации) со страховой медицинской организацией (страховщиком) в пользу третьего лица (гражданина).

При этом следует подчеркнуть, что согласно условиям типовых договоров обязательного медицинского страхования работающих и неработающих граждан, утвержденных на федеральном уровне, как в случае страхования работающих, так и в случае страхования неработающих граждан, страхователь при заключении договора представляет страховщику списки застрахованных граждан, а также в согласованные сроки представляет информацию об изменениях в данных списках. Каждый гражданин, в отношении которого заключен договор медицинского страхования или который заключил такой договор самостоятельно, получает страховой медицинский полис, являющийся документом, удостоверяющим факт заключения договора обязательного медицинского страхования.



С.Г. Кравчук,
начальник Управления
организации ОМС ФОМС



С.Г. Комаров,
заместитель начальника
Управления организации
ОМС ФОМС

Вместе с тем, порядок возврата страхового медицинского полиса умершего гражданина нормативными правовыми актами по обязательному медицинскому страхованию не регламентирован, а сам процесс весьма труднореализуем по вполне понятным и объяснимым причинам, что в конечном итоге затрудняет актуализацию баз данных застрахованного контингента страховых медицинских организаций и территориальных фондов обязательного медицинского страхования в части своевременного исключения из них умерших граждан.

Насколько важно для системы ОМС своевременное получение информации об изменении численности и персонального состава застрахованных, в том числе информации об умерших гражданах?

Территориальные фонды ОМС финансируют страховые медицинские организации для оплаты медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС по дифференцированным среднедушевым нормативам с учетом численности застрахованного населения, согласно данным о застрахованном контингенте каждого страховщика, содержащимся в регистре застрахованных. При этом недостоверные (завышенные) показатели численности застрахованных

граждан в базах данных страховых медицинских организаций и территориальных фондов ОМС, обусловленные отсутствием информации об умерших гражданах, приводят к дисбалансу расчетных показателей и необоснованному предоставлению средств обязательного медицинского страхования отдельным страховым медицинским организациям.

Также следует отметить отдельные, но нередкие факты предъявления медицинскими организациями страховщику счетов за «оказанную» медицинскую помощь умершим гражданам, при этом страховщик не имеет возможности выявить такие случаи при контроле объемов фактически оказанной медицинской помощи, поскольку в его базе застрахованных граждан отсутствует актуальная информация о смерти граждан, в отношении которых медицинскими организациями предъявлены к оплате счета.

Таким образом, получение сведений о государственной регистрации смерти и последующая своевременная актуализация регистров застрахованных граждан является одной из действенных мер, направленных на создание условий для «прозрачности» финансирования, повышения эффективности расходования средств ОМС, однако до 2010 года данная мера была невыполнима, поскольку получение территориальными фондами обязательного медицинского страхования сведений о государственной регистрации смерти от органов записи актов гражданского состояния не представлялось возможным в связи с действующей редакцией статьи 12 Федерального закона от 15.11.1997 г. №143-ФЗ «Об актах гражданского состояния», ограничивающей перечень субъектов, которым органы записи актов гражданского состояния сообщают данные сведения.

Следует отметить, что в ряде субъектов Российской Федерации сложилась практика получения сведений об умерших гражданах, что явилось вынужденной мерой, идущей в разрез с действующим законодательством. Таким образом, территориальные фонды ОМС, в обязанность которых законодательно вменено ведение баз данных и контроль за рациональным использованием финансовых средств, направляемых на обязательное медицинское страхование, как при получении сведений от органов записи актов гражданского состояния, равно и при отсутствии данного взаимодействия, находились, в определенном смысле, вне рамок правового поля.

Данная проблема неоднократно поднималась в многочисленных обращениях территориальных фондов ОМС в адрес Федерального фонда ОМС, Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, находила отражение в критических публикациях средств массовой информации, отмечалась в результатах проверок деятельности территориальных фондов ОМС контролирующими органами. Одновременно предпринимались попытки законодательно урегулировать данную проблему – с законодательной инициативной выступали Московская областная Дума (проект федерального закона №52645-5) и депутат Государственной

Думы С.И.Колесников (проект федерального закона №58715-5), однако данные законопроекты не получили поддержки со стороны Правительства Российской Федерации.

Ситуация изменилась в 2009 году, когда руководством Федерального фонда ОМС решение данного вопроса было взято на особый контроль, а подготовка законопроекта и его дальнейшая курация поручена Управлению организации обязательного медицинского страхования. В сжатые сроки законопроект был подготовлен, согласован с Министерством финансов Российской Федерации, Министерством экономического развития Российской Федерации, Министерством юстиции Российской Федерации, получено заключение Института законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве Российской Федерации, и в июле 2009 года проект федерального закона «О внесении изменения в статью 12 Федерального закона «Об актах гражданского состояния» был направлен Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации в Правительство Российской Федерации.

В октябре 2009 года законопроект был рассмотрен на заседании Президиума Правительства Российской Федерации, в декабре – принят Государственной Думой Федерального Собрания Российской Федерации, одобрен Советом Федерации Федерального Собрания Российской Федерации и подписан Президентом Российской Федерации.

Следует отметить, что статьей 12 Федерального закона от 15.11.1997 г. №143-ФЗ «Об актах гражданского состояния» (в редакции от 27.12.2009 г.) содержится норма, которая определяет, что представление сведений о государственной регистрации смерти осуществляется в порядке, установленном нормативными правовыми актами Российской Федерации. В настоящее время соответствующий проект постановления Правительства Российской Федерации проходит согласование в установленном порядке.

По данным оперативного мониторинга Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в I квартале 2010 года органами записи актов гражданского состояния в субъектах Российской Федерации представлены территориальными фондами обязательного медицинского страхования сведения о государственной регистрации смерти 547,7 тыс. человек.

Вступление в силу с 1 января 2010 года Федерального закона от 17.12.2009 г. №317-ФЗ «О внесении изменения в статью 12 Федерального закона «Об актах гражданского состояния» создало правовую основу получения территориальными фондами ОМС сведений о государственной регистрации смерти, что позволяет своевременно актуализировать регистры застрахованных граждан и в конечном итоге приводит к эффективному расходованию средств обязательного медицинского страхования, в значительной степени способствует повышению доступности медицинской помощи для населения.

В.П.Милосердов, Т.Ю.Гроздова, Н.В.Китавина
Территориальный фонд ОМС Саратовской области

Внедрение единой информационной системы управления качеством оказания медицинской помощи в Саратовской области

В целях совершенствования экспертизы качества медицинской помощи на территории Саратовской области разработана и внедрена единая региональная система контроля качества оказания медицинской помощи, оказываемой учреждениями здравоохранения независимо от ведомственного подчинения и формы собственности. Система создана на основе единых организационных и методических принципов в соответствии с «Регламентом информационного взаимодействия Минздрава области и других субъектов системы контроля качества медицинской помощи на территории Саратовской области», утвержденным совместным приказом Минздрава Саратовской области и территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС). Региональная система действует в едином информационном пространстве, обеспечивающем взаимодействие министерства здравоохранения области, ТФОМС, СМО и ЛПУ в режиме on-line. Разработана информационная система экспертизы учета и контроля медицинских услуг, определены механизмы координации субъектов экспертного контроля, направленные на повышение эффективности функционирования системы ОМС.

Формирование в субъекте Российской Федерации единой системы экспертного контроля качества оказания медицинской помощи проводилось в несколько этапов:

1. Разработка единых принципов экспертизы качества оказания медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования;
2. Организация взаимодействия субъектов экспертного контроля;
3. Внедрение новых технологий учета и контроля медицинских услуг в режиме on-line.

Экспертиза качества оказания медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования осуществляется благодаря внедрению ряда электронных систем и нормативных документов, определяющих единые принципы контроля:



***В.П. Милосердов,**
исполнительный директор ТФОМС
Саратовской области*

1. WEB–приложение «Единый регистр застрахованных по ОМС Саратовской области», включающий:

1.1. Общероссийские классификаторы: экономической деятельности, организационно-правовых форм, форм собственности; классификатор административно-территориального деления и Международный классификатор болезней (МКБ-10);

1.2. Классификаторы (справочники), рекомендуемые ФОМС, включающие справочники территориальных фондов ОМС, условий оказания медицинской помощи, справочник профиля оказания медицинской помощи, медицинской специальности, статуса пациента, исхода заболеваний, типа документов, удостоверяющих личность застрахованного, гражданства застрахованного, вида населенного пункта, типа наименования улицы;

1.3. Справочники, разработанные ТФОМС, включающие справочники СМО, ЛПУ, предприятий, отделений ЛПУ, специализации коек, тарифов на медицинские услуги,



Проведение сотрудниками ТФОМС Саратовской области технологического контроля сроков назначения и объемов лекарственных средств пациентам стационара по связи VipNet в системе удаленного доступа

оказанные стационарными лечебно-профилактическими учреждениями, тарифов на стационарозамещающую помощь, тарифов на амбулаторно-поликлинические услуги, справочник врачей;

2. Информационная система «Электронная программа персонализированной информации по медицинским услугам, оказанным по ОМС, и штрафным санкциям»;

3. Информационная система «Электронный документооборот расходования лекарственных средств и продуктов питания в ЛПУ Саратовской области», включающая подсистему «Персонализированный учет лекарственных средств», подсистему «Лечебное питание» и «Экономист», подсистему «Стоматология».

Для обеспечения единого информационного пространства системы ОМС разработаны системы классификации и кодирования медицинских услуг, дефектов оказания медицинской помощи, штрафных санкций, установлены единые принципы построения экспертного контроля субъектами системы ОМС и порядка обмена информацией и принятия управленческих решений.

Нормативные документы, определяющие основные принципы проведения экспертного контроля, представлены в следующих Положениях:

- Положение об организации вневедомственного контроля объемов и качества медицинской помощи в системе ОМС;
- Положение об очной экспертизе в системе вневедомственного контроля объемов и качества медицинской помощи в системе ОМС;
- Временное положение о перечне нарушений усло-

вий договора и порядке уменьшения оплаты медицинских услуг;

- Положение о порядке возмещения застрахованным гражданам неправомерно понесенных ими расходов на оплату медицинской помощи;
- Положение об обеспечении реализации прав граждан на конфиденциальность информации, составляющей врачебную тайну;
- Положение о порядке рассмотрения обращений граждан в системе обязательного медицинского страхования в Саратовской области;
- Положение об экспертной комиссии для урегулирования спорных вопросов в системе вневедомственного контроля качества оказания медицинской помощи застрахованным в системе ОМС.

В соответствии с нормативными документами на территории области используются следующие методы управления качеством проведения контроля оплаты медицинских услуг:

1. Экспертиза счетов и первичной документации ЛПУ страховыми медицинскими организациями, в результате которой проводится уменьшение финансирования ЛПУ при выявлении случаев некачественного выполнения медицинских услуг;

2. Очная экспертиза качества оказания медицинской помощи в ЛПУ страховыми медицинскими организациями и ТФОМС с применением административных мер воздействия;

3. Метэкспертиза штатными сотрудниками ТФОМС работы СМО, в результате которой могут быть применены штрафные санкции в отношении СМО.

С целью организации и проведения контроля качества медицинской помощи в системе ОМС в 2007 году создано управление контроля качества оказания медицинской помощи ТФОМС Саратовской области, работа которого находится под контролем заместителя исполнительного директора по защите прав застрахованных граждан ТФОМС. В состав управления входят два отдела. Основной функцией отдела контроля экспертизы качества оказания медицинской помощи застрахованным в системе ОМС является контроль за деятельностью СМО по проведению экспертизы объемов, сроков и качества медицинской помощи с использованием методов метэкспертизы и мониторинга. Отдел защиты прав застрахованных в системе ОМС осуществляет контроль объемов и качества медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями в части обеспечения прав застрахованных лиц на доступную, качественную медицинскую помощь с помощью методов мониторинга и экспертизы.

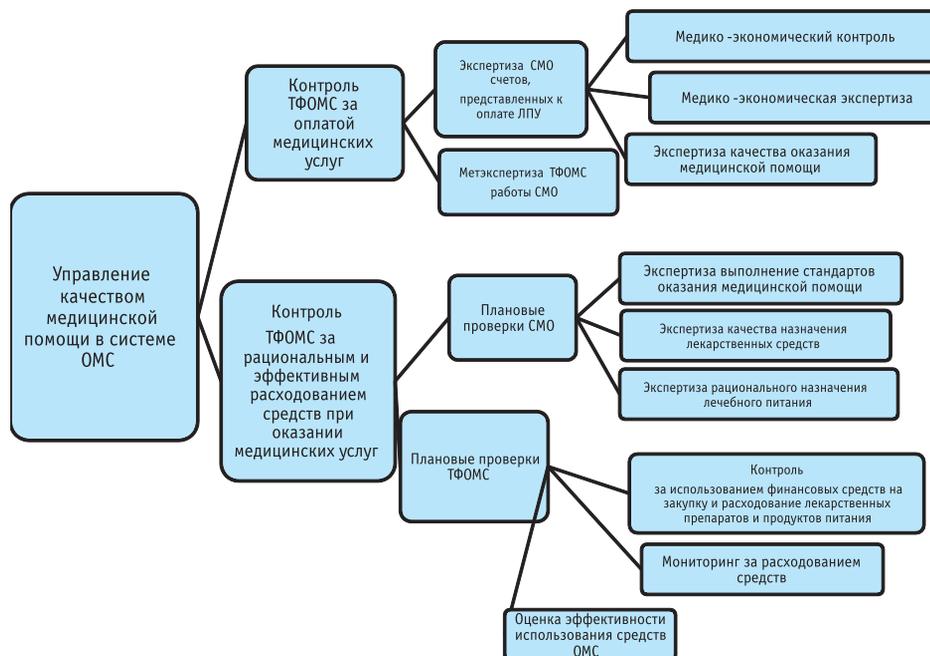


Рисунок 1. Схема управления качеством медицинской помощи в системе ОМС

В основу работы управления контроля качества оказания медицинской помощи в системе ОМС положены разработанные электронные системы:

- анализ и контроль экспертизы медицинских услуг по ОМС для ТФОМС (Сводное качество);
- WEB–приложение «Единый регистр застрахованных по ОМС Саратовской области»;
- информационная система «Экспертиза медицинских услуг по ОМС для страховых медицинских организаций»;
- информационная система «Электронная программа персонализированной информации по медицинским услугам, оказанным по ОМС, и штрафным санкциям»;
- информационная система «Обеспечение медицинских учреждений лекарственными средствами и продуктами питания»;
- информационная система «Экспертный контроль обеспечения ЛПУ лекарственными средствами и продуктами питания»;
- информационная система «Организация защиты прав застрахованных граждан в системе ОМС».

Приоритетными направлениями обеспечения качества оказания медицинской помощи в системе ОМС стали следующие разделы работы управления контроля качества оказания медицинской помощи:

1. Контроль оплаты страховыми медицинскими организациями медицинских услуг, оказанных ЛПУ;

2. Контроль рационального и эффективного расходования средств ОМС при оказании медицинских услуг.

Контроль оплаты медицинских услуг осуществляется экспертами ТФОМС с помощью анализа выполнения плановой экспертизы объемов и качества медицинской помощи, проводимой страховыми компаниями, организацией целевых экспертиз объемов и качества оказания медицинских услуг по итогам ежемесячной отчетности СМО с последующей метэкспертизой оплаченных СМО счетов (Рисунок 1).



Социологический опрос ветеранов Великой Отечественной войны в ГУЗ «Областной госпиталь для ветеранов войн» г.Саратова



Рисунок 2. Экспертиза объемов и качества оказания медицинской помощи

Действующая в Саратовской области система контроля экспертной деятельности СМО позволяет оперативно использовать методы управления экспертизой объемов и качества медицинской помощи и включает три основных этапа (Рисунок 2).

Первый этап экспертного контроля: медико-экономический контроль (МЭК) - осуществляется штатными сотрудниками СМО в автоматическом режиме с использованием программного комплекса взаиморасчетов ЛПУ со СМО, разработанного и сопровождаемого специалистами ТФОМС.

При осуществлении МЭК исследуется 100% случаев оказания медицинской помощи по данным предъявленных к оплате реестров счетов за медицинские услуги, оказанные в ЛПУ гражданам, застрахованным по ОМС.

Специалистами ТФОМС ежемесячно в системе автоматизированного режима выполняется метэкспертиза ре-

зультатов МЭК реестров счетов, проведенного СМО. Модуль программного контроля, установленный в ТФОМС, позволяет выделить случаи оказания медицинской помощи одному пациенту одновременно в разных ЛПУ, короткие (1-3 дня) или длительные (30 и более дней) сроки лечения в стационаре, случаи оказания медицинской помощи после зарегистрированной даты смерти, случаи летальных исходов. ТФОМС проводит мониторинг результатов экспертиз вышеуказанных случаев в разрезе деятельности СМО, анализирует объемы и частоту выявления этих нарушений в ЛПУ, правомерность оплаты медицинских услуг страховыми медицинскими организациями (Таблица 1).

При выявлении нарушений со стороны деятельности СМО в системе программного контроля формируется перечень выявленных дефектов, повлекших перефинансирование, проводится анализ протоколов разногласий, представленных СМО. Разработана и действует система наложения штрафных санкций и восстановления де-

Таблица 1
Основные виды нарушений, установленные в результате медико-экономического контроля

Нарушения, выявленные в результате МЭК	Саратовская область 1 полугодие, (%)		РФ, (%)
	2009	2008	2008
Правильность оформления реестров счетов	6,2	0,9	22,9
Принадлежность застрахованных к СМО	54,1	54,6	33,7
Определение кода услуги или шифра МКБ	0,7	0,2	6,2
Включение в реестр счетов услуг, не входящих в территориальную программу ОМС	5,7	6,2	2,8
Включение в реестр счетов нелегализованных видов медицинских услуг	3,4	4,9	2,5
Применение тарифа, не соответствующего утвержденному	0,1	-	9,1

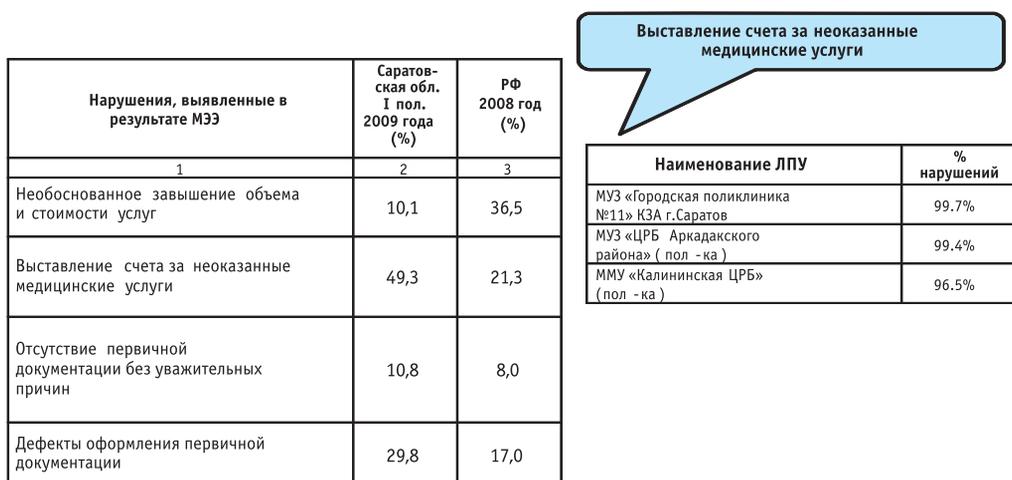


Рисунок 3. Структура основных нарушений, выявленных в результате проведения медико – экономической экспертизы

нежных средств в случае невыполнения СМО договорных обязательств при проведении данного вида экспертного контроля. Результаты МЭК служат основанием для организации целевой медико-экономической экспертизы.

Второй этап экспертного контроля: медико-экономическая экспертиза (МЭЭ) проводится штатными сотрудниками СМО путем анализа первичной и учетно-отчетной медицинской документации с выходом в лечебно-профилактические учреждения.

Медико-экономическая экспертиза осуществляется методом сопоставления данных реестров счетов, выставленных ЛПУ на оплату медицинских услуг, и первичной медицинской документации.

По результатам МЭК медико-экономическая экспертиза проводится в случаях:

- оказания медицинской помощи одному пациенту одновременно в разных ЛПУ;
- оказания медицинской помощи после зарегистрированной даты смерти;
- коротких (1–3 дня) сроков лечения в стационаре;
- длительных (30 и более дней) сроков лечения в стационаре;
- оказания медицинской помощи врачам, имеющим сертификат специалиста с законченным сроком действия;
- оказания медицинской помощи врачам, превысившим функцию врачебной должности;
- оказания медицинских услуг в стоматологии.

При проведении МЭЭ с выходом в ЛПУ штатные эксперты- организаторы СМО проводят отбор и сопоставление первичной медицинской документации

(медицинских карт амбулаторного больного, медицинских карт стационарного больного, истории родов, истории развития ребенка) журналам обязательной отчетности (регистрационному журналу, журналу лабораторных исследований, отчетным документам пищеблока и бухгалтерии о постановке пациентов на питание и т.д.). Главным из установленных нарушений является выставление ЛПУ счета за неоказанные медицинские услуги – 49,3%.

По согласованию с ТФОМС или в соответствии с приказом исполнительного директора ТФОМС страховыми медицинскими организациями проводятся целевые и очные МЭЭ.

Эксперты ТФОМС проводят метэкспертизу результатов МЭЭ, выполненной страховыми медицинскими организациями, в рамках контроля деятельности СМО. С помощью программного комплекса «Персонифицированная информация по медицинским услугам, оказанным по ОМС» анализируется охват ЛПУ медико-экономической экспертизой и формируется рейтинг СМО и ЛПУ. На основании этого штатные сотрудники ТФОМС осуществляют выход в ЛПУ совместно с экспертами СМО и проводят контроль выполнения страховыми организациями договорных обязательств по выполнению объемов и качества МЭЭ в режиме очной экспертизы (Рисунок 3).

Третий этап экспертного контроля: собственно экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП). Проводится внештатными экспертами, включенными в «Регистр внештатных экспертов, привлекаемых для проведения вневедомственного контроля качества медицинской помощи», утвержденный Минздравом области и ТФОМС. В случаях, согласованных с ТФОМС, данный вид экспертизы может проводиться штатными экспертами. Экспертизе подлежит не менее 0,5% случаев ам-

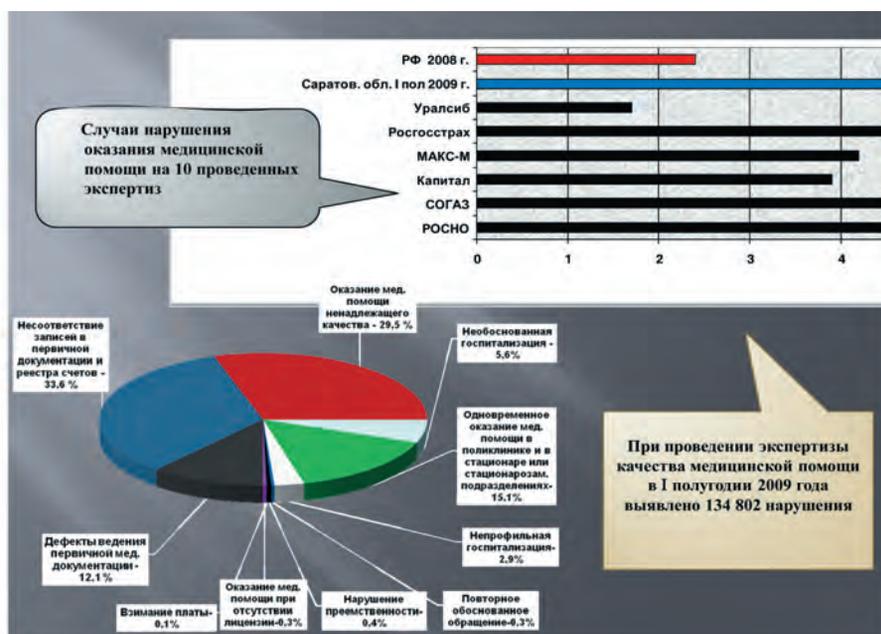


Рисунок 4. Результаты экспертизы качества оказания медицинской помощи

булаторного лечения пациентов и 5% стационарного; используется метод сопоставления оказанной медицинской помощи с медицинским стандартом (Рисунок 4).

ЭКМП подлежат 100% случаев летальных исходов, осложнений, возникших в процессе оказания медицинской помощи, первичный выход на инвалидность, короткие (1–3 дня) и длительные (более 30 дней) сроки пребывания в стационаре (Рисунок 5).

ЭКМП проводится по первичной медицинской документации как по законченному случаю лечения, так и в ходе лечения пациента (очная ЭКМП).

Метэкспертиза результатов ЭКМП проводится с использованием программных комплексов «Взаиморасчеты ЛПУ со СМО» и «Сводное качество», установленных в ТФОМС, штатными сотрудниками ТФОМС с привлечением внештатных специалистов. Проводится выборочная целевая экспертиза. За период 01.01.2009 г. – 01.02.2009 г. экспертами ТФОМС выявлены факты оплаты 162 случаев оказания медицинской помощи в ЛПУ с короткими (1–3 дня) сроками лечения без проведения ЭКМП. Действия СМО привели к экономическому ущербу на сумму 1 088 407,04 рублей. По результатам метэкспертизы составлены акты о применении в отношении СМО штрафных санкций.



Рисунок 5. Результаты экспертизы качества оказания медицинской помощи коротких (1-3 дня) случаев лечения



Рисунок 6. Этапы проведения очной медико-экономической экспертизы коротких сроков пребывания

В режиме очной экспертизы штатные сотрудники ТФОМС проводят контроль за выездной работой СМО в ЛПУ на основании анализа результатов проведенной ЭКМП. Очная экспертиза проводится штатными сотрудниками страховых медицинских организаций с привлечением внештатных экспертов – специалистов. На рисунке 6 представлены этапы проведения очной медико-экономической экспертизы коротких сроков пребывания.

Управление качества оказания медицинской помощи ТФОМС области в соответствии с приказами исполнительного директора проводит мониторинг объемов и качества экспертной работы СМО по следующим направлениям:

- экспертиза качества медицинской помощи по случаям оказания медицинской помощи пациентам, завершившимся летальным исходом в стационаре;
- экспертиза качества медицинской помощи случаям короткого (до 3 койко-дней) и длительного (более 1 месяца) пребывания застрахованных граждан на лечении в стационаре;
- выявление случаев оказания медицинской помощи застрахованным гражданам в разных ЛПУ одновременно;
- выявление представления счетов за оказание медицинских услуг после регистрации смерти пациента;
- проверка соответствия реестров счетов данным первичной медицинской документации;
- проверка возмещения денежных средств застрахованным гражданам, затраченных на получение ме-

дицинской помощи в системе ОМС;

- экспертиза объемов и качества выполнения медицинских услуг в стоматологии;
- проверка оказания медицинской помощи врачом, имеющим сертификат специалиста с законченным сроком действия;
- проверка оказания медицинской помощи врачом, превысившим функцию врачебной должности.

Результаты мониторингов позволяют выстраивать рейтинг СМО и ЛПУ по выполнению объемов экспертизы качества оказания медицинской помощи в системе ОМС, показатели которого определяют направление целевых экспертиз качества медицинской помощи в ЛПУ, в т.ч. с использованием сети Интернет по закрытым каналам связи в системе удаленного доступа (Таблица 2).

Результаты проведения мониторинга работы СМО по выполнению объемов медико – экономической экспертизы медицинской помощи позволяют говорить о степени эффективности экспертной работы страховых компаний (Рисунок 7,8).

Проведение ТФОМС мониторингов работы СМО дает реальные результаты. Во втором полугодии 2009г. число случаев представления к оплате медицинской помощи, оказанной после даты регистрации смерти, уменьшилось на 50%.

Создание в области информационной системы, базирующейся на современных высокотехнологичных сред-

Таблица 2
Рейтинг СМО по проведенным объемам экспертиз качества медицинской помощи на 100 застрахованных

СМО	Количество ЭКМП на 100 застрахованных	Рейтинг
МАКС-М	14.77	1
Уралсиб	14.39	2
РОСНО	12.40	3
СОГАЗ	11.98	4
КапиталЪ	6.03	5
Росгосстрах	4.14	6
ВСК	0.00	7



Рисунок 7. Результаты мониторинга работы СМО по проведению медико-экономической экспертизы



Рисунок 8. Результаты мониторинга объемов экспертной работы СМО по случаям лечения с короткими (1-3 дня) сроками пребывания



Рисунок 9. Автоматизированное рабочее место предметно-количественного учета в НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Саратов – II ОАО «РЖД»

ствах связи и программно-технических комплексах, позволило сформировать единую корпоративную сеть субъектов ОМС с использованием средств защиты информации.

В результате проведенного конкурсного отбора было выбрано программное решение компании «Волга-мед» - информационная система «Флагман-Медицина». Это современная платформа, созданная на базе предложений компании Microsoft. На сентябрь 2009 года компания «Волга-мед» занимает первое место в рейтинге партнеров, разрабатывающих решения для здравоохранения. Программные продукты «Персонализированный учет лекарственных средств» и «Стоматология» отмечены дипломами Минздравсоцразвития России в рамках конкурса «Лучшая медицинская информационная система 2008».

Внедрение информационной системы экспертизы учета и контроля медицинских услуг обеспечивает в режиме реального времени контроль достоверности оплаты медицинских услуг, оказываемых ЛПУ области, и рациональность использования финансовых средств ОМС. Создана информационная система «Электронный документооборот расходования лекарственных средств и продуктов питания в ЛПУ Саратовской области», включающая подсистемы «Персонализированный учет лекарственных средств», «Лечебное питание» и подсистему «Стоматология», в основе которых лежат справочники, созданные на базе документов федерального уровня, регламентирующих организацию лекарственного обеспечения, лечебного питания и стоматологическую помощь населению.

При создании информационной системы экспертизы учета и контроля медицинских услуг ТФОМС области решены следующие задачи:

1. Создана информационная система, базирующаяся на современных, высокотехнологичных средствах связи и программно-технических комплексах.
2. Сформирована единая корпоративная сеть субъектов ОМС с использованием средств защиты информации.
3. Разработано и внедрено программное обеспечение.
4. Создана унифицированная система учета данных, включая компоненты сбора, контроля и обработки данных с формированием необходимой отчетности на уровне ТФОМС, СМО, ЛПУ.

Контроль за рациональным и эффективным использованием средств при оказании медицинских услуг осуществляется управлением контроля качества оказания медицинской помощи совместно с контрольно-ревизионным управлением ТФОМС и СМО в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 5 декабря 2008г. №913 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009г.» и Постановлением правительства Саратовской области от 26 декабря 2008г. №521 «О Программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в Саратовской области гражданам Российской Федерации на 2009г.» на основании приказов исполнительного директора ТФОМС Саратовской области.

Формирование единого информационного пространства и использование модульной системы автоматизированного контроля обеспечило взаимодействие Минздрава области, ТФОМС, СМО и ЛПУ в режиме online.

ТФОМС используется механизм финансово-экономического контроля соблюдения установленных нормативов объемов и качества медицинской помощи, одной из составляющих которого является система мониторинга расходования средств ОМС в стационарах, которая основана на введении в ЛПУ предметно-количественного и персонифицированного учета лекарственных средств и продуктов питания, организации электронного документооборота в соответствии с требованиями Минздрава России.

Пилотный проект внедрения информационной системы «Электронный документооборот расходования лекарственных средств и продуктов питания» запущен ТФОМС Саратовской области в 2007г.

Введение программного комплекса позволило вести в ЛПУ справочники препаратов, складов, единиц измерения, учет поступающих препаратов и расходных материалов, учет их расхода, автоматически снимать остатки, формировать всю необходимую документацию, включая оборотную ведомость, товарные отчеты.

Полный предметно-количественный учет лекарственных средств и контроль за их движением в ЛПУ позволил проводить мониторинг закупок в соответствии с утвержденной в данном ЛПУ формулярной системой. Введение программного комплекса для организации лечебного питания позволило использовать среднесуточный набор продуктов питания в соответствии с вариантом диет, вести мониторинг химического состава и калорийности используемых лечебных диет, проводить адекватную белковую коррекцию диетических блюд.

Внедрение предметно-количественного учета лекарственных средств и продуктов питания позволило перейти к разработке электронной системы контроля качества оказания медицинской помощи в ЛПУ стационарного типа. В 2009 году начато внедрение этой информационной системы в 25 ЛПУ области, работающих в едином информационном пространстве. В ТФОМС автоматизированные рабочие места экспертного контроля организованы для штатных сотрудников контрольно-ревизионного управления, управления контроля качества оказания медицинской помощи и одно рабочее место для внештатного эксперта, в СМО - для штатных и внештатных экспертов. Наиболее перспективным стало внедрение полного предметно-количественного учета в ЛПУ, имеющих несколько источников финансирования. В проекте участвовали не только больницы, финансируемые из областного и городского бюджетов, но

и организации, которые принадлежат ОАО «РЖД» и находятся на территории области (Рисунок 9).

В типовое программное обеспечение введены следующие автоматизированные рабочие места:

1. Автоматизированные рабочие места лечебно-профилактического учреждения: модуль «Персонифицированный учет лекарственных средств в лечебно-профилактическом учреждении»;
2. Автоматизированные рабочие места для штатных и внештатных экспертов в управлении контроля качества ТФОМС: модуль «Система контроля расходования средств на лекарственное обеспечение в ЛПУ»;
3. Автоматизированные рабочие места для штатных экспертов в контрольно-ревизионном управлении ТФОМС: модуль «Контроль рационального и целевого использования финансовых средств»;
4. Автоматизированные рабочие места для штатных и внештатных экспертов страховой медицинской организации: модуль «Вневедомственный контроль качества лекарственной терапии»;
5. Автоматизированные рабочие места для сотрудников управления здравоохранением: модуль «Вневедомственный контроль выполнения медицинских стандартов».

Прикладное программное обеспечение функциональных подсистем построено по модульному принципу и включает в себя модули и компоненты, которые могут быть модернизированы без необходимости перепроектирования всей системы в целом.

Экспертный контроль ТФОМС, СМО осуществляется в едином информационном пространстве, обеспечивающем взаимодействие ТФОМС, СМО и ЛПУ в режиме online. В целях координации деятельности субъектов экспертного контроля совместным приказом Минздрава и ТФОМС Саратовской области от 27.11.08г. №1287/319 «О взаимодействии» утвержден «Регламент информационного взаимодействия министерства здравоохранения Саратовской области и других субъектов системы контроля качества медицинской помощи на территории Саратовской области». Формирование единой системы экспертного контроля, координация взаимодействия Минздрава и ТФОМС позволили реализовать в установленные сроки территориальную отраслевую программу «Управление качеством в здравоохранении на 2008-2010 годы».

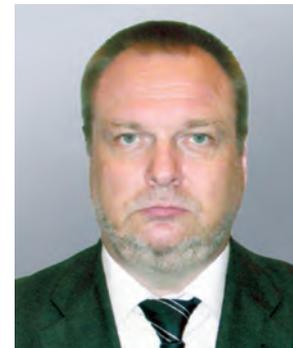
О.А.Константинова, Г.Л.Юркин

Первые результаты реформы закона о модернизации государственного медицинского страхования в Германии



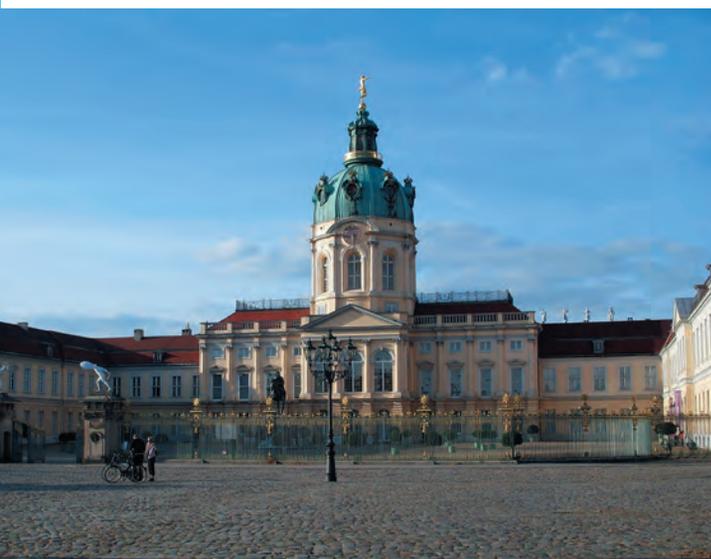


*О.А. Константинова,
начальник Управления организации и мониторинга лекарственного обеспечения в системе ОМС ФОМС*



*Г.Л. Юркин,
начальник Управления правовой и международной деятельности ФОМС*

*Здравоохранение Германии основывается на хорошо структурированной системе медицинского страхования, состоящей из государственного обязательного страхования (*Gesetzliche Krankenversicherung*) и частных страховых фондов (*Private Krankenversicherung*). Государственное обязательное страхование (ГОС) охватывает приблизительно 89% населения, в то время как частную страховку имеют около 9% немцев. Оставшиеся 2% – это представители профессий, подлежащих особому виду страхования, либо лица, вообще не имеющие страховки.*



Система здравоохранения Германии построена на принципах солидарности, равного доступа и самоуправления. Последний из этих принципов реализуется на федеральном уровне посредством Книги социальных законов, государство создает инфраструктуру нормативно-правовых актов и услуг, в рамках которых действуют местные представители (лечебные фонды, ассоциации врачей и ассоциации лечебно-профилактических учреждений). Из этого следует, что правительство не принимает непосредственного участия в организации медицинской помощи, но контролирует соответствие действий лечебных фондов и других организаций действующему законодательству, то есть Книге социальных законов. Больничная инфраструктура контролируется местными властями административно-территориальных единиц (земель).

Германия имеет один из наиболее высоких уровней расходов на здравоохранение в мире. Расходы на здравоохранение



Министерство здравоохранения Германии - *Bundesministerium für Gesundheit*

охранение в 2007 году составили 172 миллиарда евро, из них на стационарное лечение приходится 28,5 %, на лекарственные средства – 15%. Тем не менее, наблюдается стабильная тенденция к увеличению этой суммы. Причинами возрастающей стоимости здравоохранения принято считать несколько основных факторов. Во-первых, это старение популяции, что приводит к повышенным экономическим нагрузкам на трудоспособное население, увеличению количества хронических патологий, требующих длительного, а значит, и дорогостоящего лечения, и повышению частоты одновременного поражения нескольких органов и систем. Во-вторых, несмотря на высокий уровень экономического развития, среди немцев достаточно много безработных, а поскольку только работающее население делает взносы в лечебные фонды, это негативно сказывается на бюджете последних. Не менее важным фактором сейчас принято считать и спрос на новые медикаменты и технологии. С каждым годом утверждаются все новые и новые клинические рекомендации, несущие в себе совершенство медицинского оборудования и препаратов, стоимость которых на уровне страны исчисляется многими миллиардами.

Система здравоохранения Германии, в частности система ОМС, начиная с 1988 года, находится на этапах реформирования.

Согласно кодификации книги У Свода законов о социальном страховании (SGB V) закон о реформе здравоохранения открывает список целого ряда законов, направленных на осуществление реформы (Таблица 1).

Закон о модернизации государственных больничных касс, вступивший в силу с 1 января 2004 года, привнес с собой значительные структурные обновления в системе немецкого здравоохранения. Основные сложности в законодательном плане выявляются по следующим ключевым моментам:

- снижение размера членских взносов;
- снижение расходов и увеличение конкуренции в системе здравоохранения.

При создании закона о модернизации больничных касс правительству и оппозиции удалось достигнуть консенсуса. Этот закон, широко известный под названием «реформа здравоохранения», призван улучшить качество медицинского обслуживания и одновременно сохранить платежеспособность системы здравоохранения. В качестве исходного момента пакетом реформ предусматриваются меры, позволяющие освободить больничные кассы от затрат в размере 10 млрд.

Таблица 1

Закон	Год утверждения
Закон о реформе здравоохранения 1989 «первая ступень»	1988
Закон о структуре здравоохранения 1993 «вторая ступень»	1992
Закон о возмещении расходов по больничному страхованию	1996
11 и 2 –й Законы о реорганизации «третья ступень»	1997
Закон об усилении солидарности в системе обязательного государственного страхования на случай болезни	1998
Закон о реформе обязательного государственного страхования на случай болезни 2000 (GRK – Реформа здравоохранения 2000)	1999
Закон о модернизации государственных больничных касс	2004
Закон об усилении конкуренции	2007

евро в 2004 году и примерно 23 млрд. евро в 2007 году. В среднем членские взносы должны снизиться до уровня ниже 14 %. Все это направлено на благо застрахованных в больничных кассах граждан.

Цели реформы здравоохранения:

- улучшение качества и экономичности медицинской помощи;
- расширение гласности, увеличение личной ответственности и прав пациентов;
- улучшение условий труда сотрудников и лиц, занятых в «свободных профессиях» в сфере здравоохранения;
- создание высокопродуктивных структур;
- дальнейшее развитие конкуренции;
- упразднение бюрократии.

Государственное обязательное страхование на случай болезни предоставляет всем застрахованным лицам вне зависимости от возраста, пола и уровня дохода равные права на получение необходимой медицинской помощи. Принятая реформа должна и в будущем гарантировать всем застрахованным лицам качественное медицинское обеспечение, оказываемое на высоком уровне, несмотря на все возрастающие расходы, обусловленные прогрессом медицины и демографическим развитием. Все мероприятия, ориентированные прежде всего на благо пациента, как и права пациентов, только увеличиваются.

Налоги должны равномерно распределяться в обществе, быть социально оправданными, не перегружать отдельные группы населения. Например, верхняя граница, установленная для доплат, составляет 2 % от годового дохода брутто, однако для хронических больных доплата ограничивается только 1 %. Для семей, имеющих детей, действуют особые условия по страхованию.

Цель реформы - это усиление конкуренции, а вместе с этим и улучшение качества услуг, предоставляемых всеми поставщиками в системе здравоохранения. Реформа призвана внести свой важный вклад в ожидание экономики и создание дополнительных рабочих мест в отрасли. Успех реформы во многом зависит и от того, насколько эффективно будет использоваться участниками реформы предоставленная свобода действий.

Ключевые мероприятия реформы:

Лекарственные средства	- самостоятельная компенсация пациентом стоимости лекарств, отпускаемых в аптеках без рецепта врача (исключение: дети до 12 лет, подростки с нарушениями развития, тяжелобольные);
------------------------	--

	<p>- исключения, допускаемые при определенных показаниях (аспирин – при инсульте, препараты омелы (<i>Viscum L.</i>, бот.) – при раке);</p> <p>- отсутствие оценочного подхода относительно лекарственных средств (расходы – положительный эффект – выгода), в то же время организация независимого фонда по качеству и экономичности в системе здравоохранения, призванного оценить процесс</p>
Протезирование зубов	<p>- дополнительные удержания с 2005 года (около 7-10 евро ежемесячно);</p> <p>- страхование детей, осуществляемое по родительской страховке, также в случае отсутствия второго родителя</p>
Доплаты	<p>- в размере 10 % от стоимости услуги (5-10 евро)</p> <p>- верхняя граница, установленная для доплат, составляет 2 % от годового дохода брутто;</p> <p>- для хронических больных доплата ограничивается только 1 %;</p> <p>- дети до 18 лет не облагаются налогом;</p> <p>- взносы по практике – 10 евро в квартал;</p> <p>- доля участия пациента при оплате пребывания и лечения в условиях больницы – 10 евро за 28 дней;</p> <p>- индивидуальный бонус больничной кассы для осуществления профилактических мероприятий и превентивного лечения или</p> <p>- добровольное участие застрахованных лиц в системе обслуживания семейными врачами</p>
Выплаты по больничным листам	- с 2007 года финансирование осуществляется только работодателем = увеличение взносов на 0,35 %

Получатели социальной помощи	<p>- люди, получающие социальную помощь, будут также являться застрахованными в системе государственного обязательного страхования на случай болезни;</p> <p>- предусмотрена оплата из личных средств в минимальном размере 1 евро за каждую услугу</p>
Расходы на транспорт	<p>- расходы на оплату проезда в такси до места оказания медицинской помощи более не возмещаются средствами из больничных касс;</p> <p>- исключительные случаи устанавливаются только по соглашению с больничной кассой</p>
Аптеки	<p>- максимально 3 филиала;</p> <p>- права аптек не передаются;</p> <p>- разрешена продажа лекарств по пересылке</p>
Врачи	<p>- врачи, работающие в стационарах, частнопрактикующие врачи и обслуживающий персонал имеют возможность объединяться в рамках системы интегрированного обеспечения медицинской помощью;</p> <p>- разрешение установления договорных отношений с больничными кассами</p>
Пенсионеры	<p>- страховой взнос оплачивается в полном объеме. Это распространяется как на пенсионеров, получавших пенсию на производстве, так и пенсионеров, имевших ранее доходы в виде дополнительных заработков</p>

Закон по усилению конкуренции среди государственных больничных касс (ОМС – закон об усилении конкуренции – ОМС)

С 01.01.2009 создан Фонд здоровья, который совершенствует ГОС. Больничные кассы самостоятельно больше не имеют права устанавливать размер страховых взносов. Федеральное правительство определило единый действующий на территории Германии и обязательный для всех больничных касс размер страховых

взносов. В случае нехватки финансовых средств, поступающих из Фонда здоровья, больничные кассы вправе взимать дополнительный взнос, который не может превышать 1% дохода застрахованного в кассе и облагаемого обязательными взносами.

Система ГОС финансируется за счет страховых взносов, которые платят наемные работники и их работодатели, размер взноса составляет 14,9% от фонда оплаты труда и выплачивается на принципах паритетного финансирования (50% уплачивает работник, 50% - работодатель). Часть взносов в размере 0,9% резервируется и направляется для выравнивания условий деятельности больничных касс.

Дополнительно поступают средства федерального бюджета на страхование неработающего населения (дети до 18 лет).

Примерно 95% расходов на лечение покрывается из фонда здравоохранения, остальные 5% должны финансироваться за счет дополнительного взноса.

Распределение финансовых средств между больничными кассами распределяется Фондом здоровья по определенным критериям.

Общее количество критериев -152, в которые входят: возраст, пол, хроническое заболевание, вид заболевания (106 групп по заболеваниям, по 80 нозологиям) и др.

Расчет осуществляется от базовой ставки (185,64 евро) по специальной методике, в зависимости от вышеназванных критериев производится прибавка к базовой сумме.

Средняя сумма подушевого норматива в 2009 году составила 2285 евро на одного застрахованного.

Несмотря на то, что система здравоохранения Германии по праву считается одной из лучших в мире, существуют определенные недостатки, которые связаны в первую очередь с увеличением стоимости медицинских услуг и фармацевтических препаратов.

Создан Институт качества и экономической эффективности здравоохранения (ИКЭЗ, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, IQWiG). Это учреждение занимается исследованием, описанием и оценкой современной медицинской науки и медицинских вмешательств при определенных патологиях; публикует научные работы и отчеты по вопросам качества и финансовой рациональности услуг, предоставляемых системой ГОС, с учетом особенных факторов, связанных с возрастом, полом пациентов и другими обстоятельствами. ИКЭЗ также отвечает за предоставление насе-

лению общей информации об эффективности и качестве работы системы здравоохранения.

Введены дополнительные платежи: 10% дополнительных платежей за лекарственные средства (минимум 5 и максимум 10 евро за упаковку); повышение платы за пребывание в стационаре с 9 евро в день на протяжении максимум 14 дней до 10 евро в день за период до 28 дней; назначение фиксированной ставки 10 евро за каждую амбулаторную консультацию врача общей практики или специалиста (кроме случаев направления на консультацию терапевтом), а также за обращение в отделение неотложной помощи. Пациенты, которые всегда сначала обращаются к врачу широкого профиля и только по направлению – к специалисту, имеют право платить единый квартальный взнос в размере 10 евро. Больные младше 18 лет освобождаются от всех дополнительных платежей. По предварительным подсчетам подобные нововведения позволят ежегодно экономить около 3,3 миллиардов евро.

Введена нового типа электронная карточка пациента. Каждая из 80 миллионов карточек, выданных всем гражданам Германии, содержит фотографию хозяина и административную информацию, медицинские данные пациента, что поможет избежать повторного проведения одних и тех же исследований и улучшит сотрудничество между больницами, врачами и другими медицинскими сотрудниками. Планируется введение электронной формы рецептов, записываемых на карточку пациента, что приведет к повышению эффективности системы и, следовательно, к ежегодной экономии около 1 миллиарда евро. В целом новые технологии

Цель реформы здравоохранения Германии – это усиление конкуренции, а вместе с этим и улучшение качества услуг, предоставляемых всеми поставщиками в системе здравоохранения.

позволят объединить 350 тысяч врачей, 22 тысячи провизоров, 2 тысячи больниц, 300 лечебных фондов и 700 миллионов рецептов в единую интегральную структуру.

Законодательство, регулирующее вопросы здравоохранения и ГОС, имеет 3 уровня:

- Европейский союз;
- Федеральный (Германия);
- уровень федеральной земли.

На Федеральном уровне в Германии регулируется:

- обязательное и добровольное членство в больничной кассе;
- размеры обязательной «корзины услуг» больничной кассы;



Семинар в Государственной больничной кассе города Берлин – AOK Berlin

- цели и процедуры договорных отношений между больничными кассами и поставщиками медицинских услуг (врачебными ассоциациями);
- организационная структура больничных касс;
- финансовые механизмы, включая схемы компенсации риска;
- механизмы сбора данных, и ряд других вопросов.

Система лекарственного обеспечения населения Германии регулируется законом (Arzneimittelgesetz (AMG)), который регламентирует следующие направ-

ления:- производство лекарственных средств; испытания; допуск на рынок; торговля; предписания пациенту.

Лекарственные средства реализуются через аптеки (безрецептурные и рецептурные) и свободной продажей. Через аптеки реализуются готовые лекарственные средства (25 млн. рецептов в год). Не все лекарственные средства, выписанные врачом, могут быть оплачены. Существует перечень лекарственных средств, исключенных из компенсации (препараты от кашля, повышающие потенцию, с доказанной неэффективностью и др.). Законом предписан порядок допуска лекарственных средств на рынок. Существуют два вида допуска – немецкий и европейский уровень. Допуск осуществляется по трём критериям – качество лекарственного средства, эффективность и безопасность.

Аптеки все частные, владелец аптеки имеет профессиональное образование и не может иметь более 3-х филиалов. В настоящее время в Германии насчитывается 16468 аптек без филиалов, 1812 – с одним филиалом, 374 – с двумя филиалами и 97 с тремя.

Система лекарственного обеспечения населения Германии регулируется законом (Arzeimittelgesetz (AMG)), который регламентирует следующие направления: производство лекарственных средств; испытания; допуск на рынок; торговля; предписания пациенту. Законом предписан порядок допуска лекарственных средств на рынок. Существуют два вида допуска – немецкий и европейский уровень. Допуск осуществляется по трём критериям – качество лекарственного средства, эффективность и безопасность.

Законом об усилении конкуренции в системе ОМС разрешается больничным кассам и дистрибьютерами заключать скидочные контракты по ценам на лекарственные средства. В 2008 году таких договоров было около 26%, в 2009 – 66%. Тендер проводится по международному непатентованному названию (МНН) лекарственного средства на два года, лот состоит из одного наименования лекарственного средства.

На лекарственные средства безрецептурного отпуска – цена свободная, на рецептурные лекарственные средства цена формируется с учетом цены производителя, регрессивной надбавки оптовика и надбавки аптеки – максимально 15%.

Для детей до 18 лет все лекарственные средства бесплатны, старше 18 лет – доплата составляет 10% оплаты (минимальная – 5 евро, максимальная – 10 евро).

Подводя итоги работы Фонда здравоохранения за первое полугодие 2009 года, можно сказать следующее: новые источники доходов в здравоохранение не най-

дены, фонд не решил проблем больничных касс (долги больничных касс составляют примерно 1,2 млрд. евро), не достигнуто качество лечения больных с тяжелыми или редкими заболеваниями.

Новое федеральное правительство, избранное в октябре 2009 года, намерено провести реформу финансирования системы здравоохранения. С 2011 года размер отчислений работодателей в централизованный Фонд здравоохранения будет заморожен, а для лиц наемного труда будет установлен фиксированный взнос, не зависящий от размера доходов. Это означает отход от существующей системы медицинского страхования, при которой тот, кто зарабатывает больше, платит больше, поддерживая лиц с меньшими доходами.



НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ И ДОКУМЕНТЫ



ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 31 декабря 2009 г. №1146

МОСКВА

О ПОРЯДКЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ В 2010 ГОДУ ИЗ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ СУБСИДИЙ БЮДЖЕТАМ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ПРОВЕДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН

В соответствии со статьей 4 Федерального закона «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2010 год и на плановый период 2011 и 2012 годов» Правительство Российской Федерации постановляет:

1. Утвердить прилагаемые:

Правила предоставления в 2010 году из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан;

типовую форму договора о финансовом обеспечении территориальным фондом обязательного медицинского страхования расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан.

2. Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации:

давать необходимые разъяснения по вопросам организации и проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан;

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

3. Органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации рекомендовать принять меры совместно с территориальными фондами обязательного медицинского страхования по уточнению сведений о численности работающих граждан, в отношении которых проводится дополнительная диспансеризация в соответствии с настоящим Постановлением.

4. Настоящее Постановление вступает в силу с 1 января 2010 г.

Председатель Правительства
Российской Федерации
В.ПУТИН

Утверждены
Постановлением Правительства
Российской Федерации
от 31 декабря 2009 г. №1146

**ПРАВИЛА
ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ В 2010 ГОДУ ИЗ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ СУБСИДИЙ БЮДЖЕТАМ
ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ НА ПРОВЕДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ
ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН**

1. Настоящие Правила определяют порядок предоставления в 2010 году субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - Фонд) бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования (далее - территориальные фонды) на финансовое обеспечение расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан (далее - субсидии).

2. Дополнительной диспансеризации в 2010 году подлежат граждане без возрастных ограничений, работающие в организациях независимо от их организационно-правовой формы и формы собственности, в том числе работники, занятые на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, застрахованные в системе обязательного медицинского страхования (далее - работающие граждане).

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

4. Предоставление субсидий осуществляется в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных Федеральным законом «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2010 год и на плановый период 2011 и 2012 годов» на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан.

5. Субсидии предоставляются Фондом бюджетам территориальных фондов ежемесячно исходя из численности работающих граждан и норматива затрат на проведение дополнительной диспансеризации одного работающего гражданина.

Объем и порядок проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан, а также указанный норматив определяются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

6. Субсидии предоставляются бюджетам территориальных фондов на следующих условиях:

а) субсидии используются территориальным фондом на финансовое обеспечение расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан;

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

в) территориальный фонд открывает в установленном порядке отдельный счет в подразделении расчетной сети Центрального банка Российской Федерации для перечисления субсидии;

г) территориальный фонд заключает с учреждениями здравоохранения, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по специальностям, определяемым Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, договоры в соответствии с типовой формой, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2009 г. N 1146;

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

е) территориальный фонд представляет план-график проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан на текущий финансовый год, утвержденный уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, по форме, установленной Фондом.

7. Предоставление Фондом субсидий осуществляется на основании заявок территориальных фондов при соблюдении условий, предусмотренных пунктом 6 настоящих Правил.

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

диспансеризации работающих граждан в подразделениях расчетной сети Центрального банка Российской Федерации на балансовом счете по учету средств территориальных фондов.

9. Территориальные фонды перечисляют средства, поступившие в виде субсидий, учреждениям здравоохранения на следующих условиях:

а) учреждения здравоохранения используют перечисленные территориальным фондом средства на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан;

б) учреждения здравоохранения ведут реестры счетов по законченным случаям (прохождение гражданином полного набора функциональных, лабораторных исследований и врачебных осмотров в порядке, определяемом Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, в результате которых гражданину устанавливается группа состояния здоровья) на оплату расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан, в порядке, устанавливаемом Фондом;

в) учреждения здравоохранения ежемесячно, до 10-го числа месяца, следующего за отчетным, представляют в порядке и по форме, которые устанавливаются Фондом, указанные реестры счетов (за отчетный период) на оплату расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан;

г) учреждения здравоохранения в установленном порядке открывают отдельный счет для перечисления средств на финансовое обеспечение расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан;

д) учреждения здравоохранения заключают с территориальными фондами договоры в соответствии с типовой формой, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2009 г. N 1146.

10. Территориальные фонды проводят медико-экономическую экспертизу представленных учреждениями здравоохранения счетов на оплату расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан, в порядке, устанавливаемом Фондом, и производят их оплату в установленном порядке ежемесячно, не позднее 20-го числа месяца, следующего за отчетным.

11. Средства, полученные учреждениями здравоохранения на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан, направляются ими на оплату труда медицинских работников, участвующих в проведении дополнительной диспансеризации работающих граждан (за исключением врачей-терапевтов участковых, врачей общей (семейной) практики, медицинских сестер участковых врачей-терапевтов участковых, медицинских сестер врачей общей (семейной) практики), на приобретение расходных материалов, необходимых для проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан, оплату труда медицинских работников учреждений здравоохранения, привлекаемых для проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан и выполнения функциональных (лабораторных) исследований в соответствии с договорами, заключаемыми учреждениями здравоохранения, осуществляющими дополнительную диспансеризацию работающих граждан, с учреждениями здравоохранения, имеющими лицензию на осуществление недостающих видов работ (услуг).

12. Субсидии, не израсходованные в отчетном месяце, зачисляются территориальным фондам при последующем финансовом обеспечении расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан, и считаются авансовым платежом на указанные цели в следующем отчетном месяце в пределах 2010 года.

13. Перераспределение субсидий между бюджетами территориальных фондов осуществляется Фондом на основании отчетности, представляемой в соответствии с подпунктом «д» пункта 6 настоящих Правил.

14. Учреждения здравоохранения в порядке и по формам, устанавливаемым Фондом, осуществляют учет работающих граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию, а также средств, израсходованных на ее проведение, и представляют соответствующую отчетность в территориальные фонды.

15. Территориальные фонды в порядке и по формам, устанавливаемым Фондом, представляют в Фонд отчетность по показателям проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан.

16. Контроль за соблюдением условий предоставления субсидий на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Утверждена
Постановлением Правительства
Российской Федерации
от 31 декабря 2009 г. №1146

**ТИПОВАЯ ФОРМА ДОГОВОРА
о финансовом обеспечении территориальным фондом
обязательного медицинского страхования расходов, связанных
с проведением дополнительной диспансеризации
работающих граждан**

г. _____ «__» _____ 20__ г.

_____ (полное наименование территориального фонда обязательного медицинского страхования)

именуемый в дальнейшем территориальным фондом, в лице

_____ (ф.и.о. должностного лица,

_____ его должность)

действующего на основании Положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования, с одной стороны, и

_____ (полное наименование учреждения здравоохранения)

именуемое в дальнейшем учреждением здравоохранения, в лице

_____ (ф.и.о. должностного лица, его должность)

действующего на основании _____

_____ (наименование и реквизиты документа,

_____ на основании которого действует должностное лицо)

с другой стороны, в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2009 г. №1146 заключили настоящий Договор о нижеследующем.

I. Предмет Договора

Предметом настоящего Договора является финансовое обеспечение территориальным фондом осуществляемых учреждением здравоохранения расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан, в порядке и на условиях, которые определены Правилами предоставления в 2010 году из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан, утвержденными Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2009 г. N 1146.

II. Обязанности сторон и порядок расчетов

1. Территориальный фонд:

а) осуществляет медико-экономическую экспертизу представленных учреждением здравоохранения счетов на оплату

расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан, в порядке, устанавливаемом Федеральным фондом обязательного медицинского страхования;

б) ежемесячно, не позднее 20-го числа месяца, следующего за отчетным, оплачивает осуществляемые учреждением здравоохранения расходы, связанные с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан по представленным счетам.

2. Учреждение здравоохранения:

а) обеспечивает проведение в течение 2010 года дополнительной диспансеризации работающих граждан;

б) обеспечивает в порядке, устанавливаемом Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, учет работающих граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию, а в случае возникновения обстоятельств, препятствующих ее проведению, - информирует об этом территориальный фонд в 3-дневный срок в письменной форме;

в) ведет в порядке, устанавливаемом Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, реестры счетов на оплату расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан;

г) представляет в территориальный фонд не позднее 10-го числа месяца, следующего за отчетным, реестр счетов на оплату расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан;

д) открывает в установленном порядке отдельный счет для перечисления средств на финансовое обеспечение расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан;

е) представляет в территориальный фонд отчетность по установленной Федеральным фондом обязательного медицинского страхования форме и создает условия, необходимые для ознакомления с документами, связанными с деятельностью учреждения здравоохранения во исполнение настоящего Договора.

ж) возвращает в соответствии с законодательством Российской Федерации в бюджет территориального фонда необоснованно полученные либо использованные не по целевому назначению средства, выделенные на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан.

III. Уведомления и сообщения

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

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

IV. Порядок прекращения и расторжения Договора

1. Настоящий Договор прекращается в следующих случаях:

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

б) истечение срока действия настоящего Договора;

в) ликвидация одной из сторон настоящего Договора.

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

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

V. Срок действия Договора

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

VI. Прочие условия

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

2. Настоящий Договор составлен в 2 экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу. Один экземпляр находится у учреждения здравоохранения, второй - у территориального фонда.

VII. Место нахождения и реквизиты сторон

Территориальный фонд:

(банковские реквизиты)

М.П. _____
(место нахождения)

«_» _____ 20__ г.

От территориального фонда:

(подпись должностного лица)

Учреждение здравоохранения:

(банковские реквизиты)

М.П. _____
(место нахождения)

«_» _____ 20__ г.

От учреждения здравоохранения:

(подпись должностного лица)



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 4 февраля 2010 г. №55н
МОСКВА

О ПОРЯДКЕ ПРОВЕДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН

В соответствии с пунктами 5 и 6 Правил предоставления в 2010 году из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2009 г. N 1146 («Российская газета», 2010, N 12), приказываю:

1. Утвердить:

Порядок и объем проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан согласно приложению N 1; учетную форму N 131/у-ДД-10 «Карта учета дополнительной диспансеризации работающего гражданина» согласно приложению N 2;

форму N 12-Д-1-10 «Сведения о дополнительной диспансеризации работающих граждан» согласно приложению N 3;

форму N 12-Д-2-10 «Сведения о результатах дополнительной диспансеризации работающих граждан» согласно приложению N 4.

2. Установить норматив затрат на проведение дополнительной диспансеризации одного работающего гражданина в 2010 году - 1042 рубля.

3. Средства, полученные учреждениями муниципальной и государственной систем здравоохранения (далее - учреждения здравоохранения) на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан (далее - дополнительная диспансеризация), направляются ими на оплату труда медицинских работников, участвующих в проведении дополнительной диспансеризации работающих граждан (за исключением врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), медицинских сестер участковых врачей-терапевтов участковых, медицинских сестер врачей общей практики (семейных врачей) и на приобретение расходных материалов, необходимых для проведения дополнительной диспансеризации, а также на оплату труда медицинских работников учреждений здравоохранения, привлекаемых для проведения дополнительной диспансеризации и проведение функциональных (лабораторных) исследований в соответствии с договорами, заключаемыми учреждениями здравоохранения, осуществляющими дополнительную диспансеризацию, с учреждениями здравоохранения, имеющими лицензию на недостающие виды работ (услуг).

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

определить организации, работники которых подлежат дополнительной диспансеризации в 2010 году, составить поименные списки работников (выверенные с работодателем) с указанием даты рождения, профессии, должности и направить их в учреждения здравоохранения, осуществляющие дополнительную диспансеризацию;

определить учреждения здравоохранения, имеющие лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) при осуществлении амбулаторно-поликлинической помощи по специальностям: «терапия», «офтальмология»,

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

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

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

представлять в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации отчеты по результатам проведения дополнительной диспансеризации по формам N 12-Д-1-10 и 12-Д-2-10, утвержденным настоящим Приказом, в установленные сроки.

5. Признать утратившим силу Приказ Минздравсоцразвития России от 24 февраля 2009 г. N 67н «О порядке проведения в 2009 году дополнительной диспансеризации работающих граждан» (зарегистрирован Минюстом России 18 марта 2009 г. N 13542), за исключением абзаца 6 пункта 1.

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

Министр
Т.А.ГОЛИКОВА

Приложение N 1
к Приказу Министерства здравоохранения и
социального развития Российской Федерации
от 4 февраля 2010 г. N 55н

ПОРЯДОК И ОБЪЕМ ПРОВЕДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН

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

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

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

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

осмотр врачами-специалистами:

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

акушером-гинекологом,

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

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

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

При этом необходимо учесть, что граждане, в отношении которых в соответствии с Постановлениями Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2006 г. N 860 «О порядке предоставления в 2007 году из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, N 1 (II ч.), ст. 308), от 24 декабря 2007 г. N 921 «О порядке предоставления в 2008 - 2009 годах из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, N 53, ст. 6617; 2009, N 3, ст. 399), проводилась дополнительная диспансеризация в 2007, 2008, 2009 годах, повторно дополнительной диспансеризации в 2010 году не подлежат.

Дополнительной диспансеризации в 2010 году подлежат работающие граждане, не проходившие ее в предыдущие годы, а также граждане, занятые на работах с вредными (опасными) условиями труда, независимо от сроков прохождения углубленных медицинских осмотров, и граждане, прошедшие дополнительную диспансеризацию в 2006 году в случае, если они не были взяты под диспансерное наблюдение в результате выявленного заболевания.

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

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

В кабинете (отделении) медицинской профилактики заполняются соответствующие разделы учетной формы N 025/у-ПЗ «Паспорт здоровья», утвержденной Приказом Минздравсоцразвития России от 24 февраля 2009 г. N 67н (зарегистрирован Минюстом России 18 марта 2009 г. N 13542), (далее - Паспорт здоровья), после чего гражданин направляется к врачам-специалистам и на диагностические исследования, проводимые в рамках дополнительной диспансеризации.

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

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

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

7. Результаты дополнительной диспансеризации вносятся врачами-специалистами, принимающими участие в проведении дополнительной диспансеризации, в амбулаторную карту, и учетную форму N 131/у-ДД-10 «Карта учета дополнительной диспансеризации работающего гражданина» (приложение N 2) (далее - Карта), на основании которой, а также учетной формы N 025-12/у «Талон амбулаторного пациента» с литерами «ДД», утвержденной Приказом Минздравсоцразвития России от 22 ноября 2004 г. N 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг» (зарегистрирован Минюстом России 14 декабря 2004 г. N 6188) (далее - Талон), формируются реестры счетов для оплаты расходов по проведению дополнительной диспансеризации по законченному случаю дополнительной диспансеризации в порядке, определяемом Федеральным фондом ОМС (Постановление Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2009 г. N 1146 «О порядке предоставления в 2010 году из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан»).

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

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

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

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

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

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

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

Гражданам, отнесенным к I и II группам состояния здоровья, рекомендуется посещение центров здоровья для дальнейших рекомендаций врачей-специалистов по здоровому образу жизни.

Гражданам, отнесенным к III, IV, V группам состояния здоровья, в зависимости от выявленных заболеваний составляется индивидуальная программа лечения, при необходимости за ними устанавливается диспансерное наблюдение по месту жительства.

После прохождения гражданином установленного объема функциональных, лабораторных исследований и врачебных осмотров, на основании которых гражданину устанавливается группа состояния здоровья, а также даются рекомендации по профилактике и, при необходимости, по дальнейшему наблюдению, случай дополнительной диспансеризации считается законченным.

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

Учреждение здравоохранения, медицинские работники которого участвовали в проведении дополнительной диспансеризации по договору о привлечении соответствующих медицинских работников к проведению дополнительной диспансеризации, передает заполненную карту с результатами осмотров врачей-специалистов, лабораторных и функциональных исследований в учреждение здравоохранения, осуществляющее проведение дополнительной диспансеризации.

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

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

Паспорт здоровья хранится у гражданина.

12. Кабинет (отделение) медицинской профилактики осуществляет:

учет работающих граждан, подлежащих и прошедших дополнительную диспансеризацию;

составление и представление отчета о результатах проведения дополнительной диспансеризации в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения по форме N 12-Д-1-10 «Сведения о дополнительной диспансеризации работающих граждан» (приложение N 3).

13. Учреждение здравоохранения, осуществляющее дополнительную диспансеризацию по месту жительства гражданина и динамическое наблюдение за ним, по истечении отчетного периода (полгода, год) кроме отчета по форме N 12-Д-1-10 «Сведения о дополнительной диспансеризации работающих граждан» составляет и представляет в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения отчет по форме N 12-Д-2-10 «Сведения о результатах дополнительной диспансеризации работающих граждан» (приложение N 4) согласно срокам, обозначенным в адресной части вышеуказанных отчетных форм.

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

11. Осмотры врачей-специалистов

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

12. Лабораторные и функциональные исследования*

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

13. Рекомендации по индивидуальной программе профилактических мероприятий

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

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

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

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

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

Дата завершения ДД _____

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

_____ (фамилия, и.о.) _____ (подпись)

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

Приложение №3
к Приказу Министерства здравоохранения и
социального развития Российской Федерации
от 4 февраля 2010 г. №55н

**Сведения о дополнительной диспансеризации работающих граждан
за _____ полугодие 20__ г., 20__ г.**

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

Форма № 12-Д-1-10

Утверждена Приказом
Минздравсоцразвития
России
от _____ № _____

Полугодовая
Годовая

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

Сведения о дополнительной диспансеризации

(1000)

Наименование	№ строки	Число лиц		Распределение прошедших дополнительную диспансеризацию граждан по группам состояния здоровья						Из числа прошедших ДД (графа 4) нуждалось в стационарно-курортном лечении	Направлено граждан	
		подлежащих дополнительной диспансеризации (ДД)	прошедших ДД	I группы - практические здоровые	II группы - риск развития заболеваний	III группа - нуждаются в дополнительном обследовании, лечении в амбулаторно-поликлинических условиях	IV группа - нуждаются в дополнительном обследовании, лечении в стационаре, всего	V группа - нуждаются в высокотехнологичной медицинской помощи	на госпитализацию в стационар		в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения для решения вопроса об оказании ВМП	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
ВСЕГО работающих	0.0											
в том числе в бюджетных организациях	1.0											

«__» _____ г.

Руководитель _____ (подпись) (расшифровка подписи)

(фамилия, номер телефона исполнителя)

Приложение №4
к Приказу Министерства здравоохранения и
социального развития Российской Федерации
от 4 февраля 2010 г. №55н

**Сведения о результатах дополнительной диспансеризации работающих граждан
за ____ полугодие 20__ г., 20__ г.**

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

Форма № 12-Д-2-10

Утверждена Приказом
Минздравсоцразвития
России
от №

Полугодовая
Годовая

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

Результаты дополнительной диспансеризации
(2000)

Наименование заболевания (по классам и отдельным нозологиям)	№ строки	Код по МКБ-10	Заболевания			Госпитализировано больных (из числа выявленных - графа 5)	Из числа граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию, взято под диспансерное наблюдение	Выявлено заболеваний в течение 6 месяцев после прохождения дополнительной диспансеризации	
			ранее известное хроническое	выявленное во время дополнительной диспансеризации	в том числе на поздней стадии (из графы 5)				в стационаре (в том числе субъекта Российской Федерации)
1	2	3	4	5	6	8	9	10	11
Всего	1.0	A00-T98							
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни - всего	2.0	A00-B99							
в том числе туберкулез	2.1	A15-A19							
Новообразования	3.0	C00-D48							
в том числе злокачественные	3.1	C00-C97							
Болезни крови и кровеносных органов, отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	4.0	D50-D89							
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ - всего	5.0	E00-E90							
в том числе сахарный диабет	5.1	E10-E14							
Психические расстройства и расстройства поведения	6.0	F00-F99							

1	2	3	4	5	6	8	9	10	11
Болезни нервной системы	7.0	G00-G99							
Болезни глаза и его придаточного аппарата - всего	8.0	H00-H59							
в том числе: катаракта	8.1	H25-H26							
глаукома	8.2	H40							
миопия	8.3	H52.1							
Болезни уха и сосцевидного отростка - всего	9	H60-H95							
в том числе кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха	9.1	H90							
Болезни системы кровообращения - всего	10	I00-I99							
из них: болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	10.1	I10-I13							
ишемическая болезнь сердца	10.2	I20-I25							
ишемическая болезнь мозга	10.3	I67.8							
Болезни органов дыхания	11.0	J00-J99							
Болезни органов пищеварения	12.0	K00-K93							
Болезни кожи и подкожной клетчатки	13.0	L00-L99							
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	14.0	M00-M99							

1	2	3	4	5	6	8	9	10	11
Болезни мочеполовой системы	15.0	N00-N99							
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях	19.0	R00-R99							
Травмы, отравления и не-которые др. последствия воздействия внешних причин	20.0	S00-T98							
Прочие	21.0								

«_» _____ г.

 (фамилия, номер телефона исполнителя)

 (подпись)

 (расшифровка подписи)



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
(Минздравсоцразвития России)

ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА

Рахмановский пер., 3, г. Москва, ГСП-4, 127994

тел.: 628-44-53, факс: 628-50-58

9.03.2010 № 14-6/10/2- 1664

Руководителям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения

Исполнительным директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования

В целях реализации Постановления Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2009г. № 1146 «О порядке предоставления в 2010 году субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан» Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации направляет сведения о численности работающих граждан, подлежащих дополнительной диспансеризации в 2010 году.

В.И. Скворцова

Приложение

Субъекты Российской Федерации	Численность работающих граждан, подлежащих дополнительной диспансеризации в 2010 году
Российская Федерация	3 838 772
Центральный ФО	1 056 151
Белгородская область	46 000
Брянская область	28 169
Владимирская область	47 000
Воронежская область	110 000
Ивановская область	26 560
Калужская область	40 000
Костромская область	25 705
Курская область	36 000
Липецкая область	33 057
Московская область	131 000

Орловская область	34 385
Рязанская область	25 000
Смоленская область	18 870
Тамбовская область	21 140
Тверская область	44 000
Тульская область	47 000
Ярославская область	42 265
г. Москва	300 000
Северо-Западный ФО	350 479
Республика Карелия	14 000
Республика Коми	18 400
Архангельская область	41 000
Вологодская область	28 660
Калининградская область	25 500
Ленинградская область	43 000
Мурманская область	33 000
Новгородская область	28 000
Псковская область	21 169
г. Санкт-Петербург	96 000
Ненецкий автономный округ	1 750
Южный ФО	294 853
Республика Адыгея	7 000
Республика Калмыкия	8 500
Краснодарский край	110 853
Астраханская область	33 000
Волгоградская область	52 500
Ростовская область	83 000
Северо-Кавказский ФО	125 179
Республика Дагестан	30 110
Республика Ингушетия	4 069
Кабардино-Балкарская республика	9 000
Карачаево-Черкесская республика	5 000
Республика Северная Осетия	10 000
Чеченская республика	12 000
Ставропольский край	55 000
Приволжский ФО	850 500
Республика Башкортостан	72 000
Республика Марий Эл	25 000
Республика Мордовия	50 000
Республика Татарстан	140 000
Республика Удмуртия	52 500
Республика Чувашия	48 000
Пермский край	84 000
Кировская область	44 000
Нижегородская область	95 000
Оренбургская область	34 000
Пензенская область	40 000
Самарская область	66 000
Саратовская область	64 500
Ульяновская область	35 500
Уральский ФО	373 459
Курганская область	38 305

Свердловская область	107 000
Тюменская область	31 000
Челябинская область	115 000
Ханты-Мансийский автономный округ	76 610
Ямало-Ненецкий автономный округ	5 544
Сибирский ФО	608 970
Республика Алтай	5 383
Республика Бурятия	28 463
Республика Тыва	3 392
Республика Хакассия	13 300
Алтайский край	57 200
Забайкальский край	26 765
Красноярский край	127 000
Иркутская область	40 174
Кемеровская область	76 000
Новосибирская область	125 000
Омская область	68 552
Томская область	37 741
Дальневосточный ФО	179 181
Республика Саха (Якутия)	21 000
Камчатский край	10 250
Приморский край	50 500
Хабаровский край	45 100
Амурская область	25 620
Магаданская область	9 570
Сахалинская область	9 500
Еврейская автономная область	4 536
Чукотский автономный округ	3 105



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ПРИКАЗ

от 26 января 2010 г. №10
МОСКВА

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРИКАЗ ФОМС ОТ 2 АПРЕЛЯ 2009 г. № 61 «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМ МОНИТОРИНГА ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ»

Во исполнение Постановления Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2009 г. N 1146 «О порядке предоставления в 2010 году из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан» («Российская газета», N 12, 22.01.2010) приказываю:

1. Внести в Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 2 апреля 2009 г. N 61 «Об утверждении форм мониторинга проведения диспансеризации» (далее - Приказ) следующие изменения и дополнения:

1) преамбулу Приказа изложить в следующей редакции:

«В целях получения оперативной информации по реализации Постановлений Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2009 г. N 1146 «О порядке предоставления в 2010 году из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан», от 29 декабря 2007 г. N 945 «О порядке предоставления в 2008-2010 годах субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (в редакции от 30.12.2009)»;

2) пункт 3 Приказа изложить в следующей редакции:

«Управлению модернизации системы ОМС оказывать организационно-методическую помощь территориальным фондам обязательного медицинского страхования по заполнению форм N 1-ДД и N 2-ДД»;

3) в абзаце 1 приложения 3 к Приказу слова «о ходе реализации Постановления Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2007 г. N 921 «О порядке предоставления в 2008-2009 годах из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан» (в редакции от 31.12.2008)» заменить словами «о ходе реализации Постановления Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2009 г. N 1146 «О порядке предоставления в 2010 году из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан»;

4) в абзаце 1 приложения 4 к Приказу слова «(в редакции от 01.10.2008)» заменить словами «(в редакции от 30.12.2009)».

2. Контроль за исполнением настоящего Приказа возложить на начальника Управления модернизации системы ОМС О.В.Цареву.

Председатель
А.В.ЮРИН



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Сопроводительное письмо к приказу №30
от 26.03.2010 г. № 1263/26-2/и

Исполнительным директорам
территориальных фондов
обязательного медицинского страхования

О направлении приказа ФОМС от 15 февраля 2010г. № 30

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее - ФОМС) направляет для использования в работе приказ ФОМС от 15 февраля 2010 г. №30 «Об утверждении Порядка осуществления территориальными фондами обязательного медицинского страхования медико-экономической экспертизы счетов на оплату расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан» (зарегистрирован Минюстом России 22.03.2010г., регистрационный № 16676) (далее - Приказ).

В целях оформления окончательных результатов экспертизы, указанной в пунктах 7 и 8 Порядка осуществления территориальными фондами обязательного медицинского страхования медико-экономической экспертизы счетов на оплату расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан, утвержденного Приказом, ФОМС направляет рекомендуемые образцы форм актов медико-экономической экспертизы реестров счетов на оплату проведенной дополнительной диспансеризации работающих граждан.

Приложения: 1. Приказ ФОМС от 15 февраля 2010 г. №30 «Об утверждении Порядка осуществления территориальными фондами обязательного медицинского страхования медико-экономической экспертизы счетов на оплату расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан» - на 5 л. в 1 экз.

2. Форма «Акт медико-экономической экспертизы реестров счетов на оплату проведенной дополнительной диспансеризации работающих граждан» на 1 л. в 1 экз.

3. Форма «Акт целевой медико-экономической экспертизы реестров счетов на оплату расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан» на 1 л. в 1 экз.

Председатель
А.В. Юрин



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ПРИКАЗ

от 15 февраля 2010 г. №30
МОСКВА

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫМИ ФОНДАМИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ СЧЕТОВ НА ОПЛАТУ РАСХОДОВ, СВЯЗАННЫХ С ПРОВЕДЕНИЕМ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН

Во исполнение Постановления Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2009 г. N 1146 «О порядке предоставления в 2010 году из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан» («Российская газета», N 12, 22.01.2010) приказываю:

1. Утвердить Порядок осуществления территориальными фондами обязательного медицинского страхования медико-экономической экспертизы счетов на оплату расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан (далее - Порядок) согласно приложению.
2. Исполнительным директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования использовать прилагаемый Порядок в работе по осуществлению медико-экономической экспертизы счетов на оплату расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан.
3. Контроль за исполнением настоящего Приказа оставляю за собой.

Председатель
А.В.ЮРИН

Приложение
к Приказу Федерального
фонда обязательного
медицинского страхования
от 15 февраля 2010 г. №30

**ПОРЯДОК
ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫМИ ФОНДАМИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ
СЧЕТОВ НА ОПЛАТУ РАСХОДОВ, СВЯЗАННЫХ С ПРОВЕДЕНИЕМ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН**

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий Порядок разработан во исполнение пункта 10 Правил предоставления в 2010 году из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2009 г. N 1146 «О порядке предоставления в 2010 году из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан», устанавливающего проведение территориальными фондами обязательного медицинского страхования медико-экономической экспертизы представленных учреждениями здравоохранения счетов на оплату расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан.

2. Порядок устанавливает единые организационные принципы осуществления территориальными фондами обязательного медицинского страхования (далее - ТФОМС) медико-экономической экспертизы счетов на оплату расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан (далее - счетов).

3. Медико-экономическая экспертиза счетов проводится в целях:

- защиты прав работающих граждан, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования, подлежащих дополнительной диспансеризации, на получение медицинской помощи установленного объема в учреждениях здравоохранения, участвующих в реализации дополнительной диспансеризации работающих граждан;
- обеспечения обоснованного получения учреждениями здравоохранения средств, направляемых ТФОМС на оплату расходов за законченный случай проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан.

4. ТФОМС при проведении медико-экономической экспертизы счетов обязан:

- осуществлять проверку обоснованности проведения соответствующими учреждениями здравоохранения дополнительной диспансеризации работающих граждан;
- устанавливать соответствие предъявленных к оплате счетов фактическому объему оказанной медицинской помощи и ресурсным возможностям учреждения здравоохранения (наличие лицензии на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по специальностям, определенным Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 04.02.2010 N 55н (зарегистрирован Минюстом России 04.03.2010, регистрационный N 16550); в случае отсутствия у учреждения здравоохранения лицензии на отдельные виды указанной медицинской деятельности наличие заключенных договоров с учреждением здравоохранения, имеющим соответствующие лицензии) на дату проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан;
- использовать результаты медико-экономической экспертизы счетов для решения вопроса об оплате медицинской помощи, оказанной в ходе проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан;
- участвовать совместно с учреждениями здравоохранения в разработке мероприятий, способствующих устранению причин недостоверного учета медицинской помощи или оказания медицинской помощи в неполном объеме, фактов необоснованно предъявленных к оплате счетов;
- информировать федеральные органы исполнительной власти, осуществляющие функции по контролю и над-

зору в сфере здравоохранения, а также органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения о выявленных в ходе осуществления медико-экономической экспертизы недостатках в деятельности учреждений здравоохранения при проведении дополнительной диспансеризации работающих граждан.

II. ОРГАНИЗАЦИЯ И ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

5. Учреждения здравоохранения предъявляют ТФОМС к оплате реестры счетов по законченным случаям дополнительной диспансеризации работающих граждан ежемесячно, до 10 числа месяца, следующего за отчетным.

6. ТФОМС осуществляет медико-экономическую экспертизу счетов поэтапно, в виде медико-экономической экспертизы реестров счетов, а также плановой и внеплановой целевой медико-экономической экспертизы реестров счетов.

7. Медико-экономическая экспертиза реестров счетов - экспертиза предъявленных учреждениями здравоохранения к оплате реестров счетов на предмет:

- соответствия реестров счетов нормативным требованиям порядка их ведения, установленного Федеральным фондом обязательного медицинского страхования;
- соответствия данных реестров счетов нормативным требованиям к объему и порядку проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан, установленным Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 04.02.2010 N 55н (зарегистрирован Минюстом России 04.03.2010, регистрационный N 16550).

ТФОМС осуществляет медико-экономическую экспертизу реестров счетов ежемесячно, до 20 числа месяца, следующего за отчетным.

По результатам медико-экономической экспертизы реестров счетов ТФОМС принимает решение об оплате учреждению здравоохранения проведенной дополнительной диспансеризации работающих граждан.

8. Целевая медико-экономическая экспертиза реестров счетов осуществляется ТФОМС путем выборочной экспертизы принятых к оплате реестров счетов по законченным случаям дополнительной диспансеризации, на соответствие объему, установленному Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 04.02.2010 N 55н (зарегистрирован Минюстом России 04.03.2010, регистрационный N 16550).

Целевая медико-экономическая экспертиза реестров счетов осуществляется ТФОМС в учреждении здравоохранения в присутствии его полномочных представителей.

Плановая целевая медико-экономическая экспертиза реестров счетов осуществляется в соответствии с утвержденным ТФОМС планом не реже одного раза в течение шести месяцев текущего года в каждом учреждении здравоохранения, принимающем участие в проведении дополнительной диспансеризации работающих граждан.

Внеплановая целевая медико-экономическая экспертиза реестров счетов осуществляется ТФОМС по письменному обращению работающих граждан, подлежащих дополнительной диспансеризации, и в иных случаях.

Объем плановой целевой медико-экономической экспертизы реестров счетов определяет ТФОМС и составляет не менее десяти процентов от объема принятых к оплате счетов по законченным случаям дополнительной диспансеризации работающих граждан за период, прошедший со времени последней проверки ТФОМС. Объем внеплановой целевой медико-экономической экспертизы реестров счетов устанавливает ТФОМС.

Целевая медико-экономическая экспертиза реестров счетов (плановая, внеплановая) осуществляется путем анализа соответствия предъявленных учреждениями здравоохранения счетов (реестров счетов) на оплату расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан, информации учетных форм первичной медицинской документации, с учетом нормативных требований к объему и порядку проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан, установленных Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 04.02.2010 N 55н (зарегистрирован Минюстом России 04.03.2010, регистрационный N 16550).

Выявленные факты необоснованно предъявленных к оплате реестров счетов, а также непредставление учреждением здравоохранения учетных форм первичной медицинской документации являются основаниями представления ТФОМС учреждению здравоохранения предписания о восстановлении необоснованно полученных средств в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**АКТ
МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ РЕЕСТРОВ СЧЕТОВ
НА ОПЛАТУ ПРОВЕДЕННОЙ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ
РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН**

«__» _____ 20__ г.

№ _____

К проверке представлены:
реестр счетов № _____ от «_____» _____ 20_____ г., выставленный

_____ (полное наименование учреждения здравоохранения)

на оплату проведенной дополнительной диспансеризации работающих граждан, на бумажном и в электронном виде на _____ случаев на сумму _____ рублей.

По результатам медико-экономической экспертизы не подлежат оплате _____ случаев дополнительной диспансеризации на сумму _____ рублей.

№ п/п	№ п/п в реестре	Выявленные дефекты и нарушения	Примечания
Итого отклонено:			

Принято к оплате _____ случаев на сумму _____ рублей.

Руководитель ТФОМС

_____/_____/_____
(подпись) (фамилия, инициалы)

Исполнитель _____
фамилия, инициалы

тел.

Приложение № 3
(образец)

АКТ
ЦЕЛЕВОЙ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ РЕЕСТРОВ СЧЕТОВ
НА ОПЛАТУ РАСХОДОВ, СВЯЗАННЫХ С ПРОВЕДЕНИЕМ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ
ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН
(плановой, внеплановой)
(нужное подчеркнуть)

«__» _____ 20__ г.

№ _____

Проверяемый период с «_____» _____ по «_____» _____ 20__ г.

В соответствии с Договором о финансовом обеспечении территориальным фондом обязательного медицинского страхования расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан, на основании учетных форм первичной медицинской документации, проведена проверка дополнительной диспансеризации работающих граждан в учреждении здравоохранения

_____ (полное наименование учреждения здравоохранения)

Комиссия в составе:

Представителей ТФОМС _____
(должность, Ф.И.О.)

В присутствии представителей
учреждения здравоохранения _____
(должность, Ф.И.О.)

В результате проверки установлено:

Из _____ запрошенных документов представлено _____

Из них законченных случаев дополнительной диспансеризации _____

Заключение: оплате не подлежит _____ случаев на сумму _____ руб.

№ п/п	№ п/п в реестре	Данные учетных форм первичной медицинской документации	Выявленные дефекты и нарушения	Примечания

Члены комиссии:

Представитель ТФОМС _____
(должность, подпись)

Представитель учреждения здравоохранения _____
(должность, подпись)

М.П.



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ПРИКАЗ

от 19 февраля 2010 г. № 32
МОСКВА

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРИКАЗ ФОМС ОТ 14 АПРЕЛЯ 2008 ГОДА № 82 «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ОТЧЕТНЫХ ФОРМ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ»

Во исполнение Постановления Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2009 г. N 1146 «О порядке предоставления в 2010 году из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан» («Российская газета», N 12, 22.01.2010) приказываю:

1. Внести в Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 14 апреля 2008 г. N 82 «Об утверждении отчетных форм по проведению дополнительной диспансеризации» (зарегистрирован Минюстом России 28.04.2008, регистрационный N 11601) («Российская газета», N 96, 07.05.2008) (далее - Приказ) следующие изменения и дополнения:

1) преамбулу Приказа изложить в следующей редакции:

«Во исполнение пунктов 14, 15 Правил предоставления в 2010 году из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2009 г. N 1146 («Российская газета», N 12, 22.01.2010), а также в целях оптимизации сбора статистической информации о ходе реализации приоритетного национального проекта «Здоровье»;

2) таблицу 2001 Приложения N 2 к Приказу изложить в редакции согласно приложению к настоящему Приказу;

3) в Приложении N 3 к Приказу «Рекомендации по заполнению отчетов по формам N 1-ДД «Сведения о ходе проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан» (ЛПУ) и N 2-ДД «Сведения о ходе проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан» (ТФОМС):

3.1) абзац 9 раздела «Таблица 1000 «Итоги дополнительной диспансеризации граждан» и абзац 11 раздела «Таблица 1001 «Итоги дополнительной диспансеризации граждан» изложить в следующей редакции: «при составлении отчета следует вносить данные, касающиеся только дополнительной диспансеризации, проводимой в текущем году. Финансовые средства, направленные на завершение расчетов за предыдущий год, в таблицу не вносятся»;

3.2) в абзаце 4 раздела «Таблица 2000 «Итоги дополнительной диспансеризации граждан», слова «на основании учетной формы N 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного» и учетной формы N 131/у-ДД-08 «Карта учета дополнительной диспансеризации», утвержденными Минздравсоцразвития России» заменить словами «на основании учетных форм, утвержденных Приказами Минздравсоцразвития России от 22 ноября 2004 г. N 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг» (зарегистрирован Минюстом России 14.12.2004, регистрационный N 6188) и от 4 февраля 2010 г. N 55н «О порядке проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан» (зарегистрирован Минюстом России 04.03.2010, регистрационный N 16550)»;

3.3) в абзаце 2 раздела «Таблица 3000 «Итоги дополнительной диспансеризации граждан» и абзаце 4 таблицы 4000 «Итоги дополнительной диспансеризации граждан» слова «на основании учетных форм N 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного» и N 131/у-ДД-08 «Карта учета дополнительной диспансеризации» заменить словами «на ос-

новании учетных форм, утвержденных Приказами Минздравсоцразвития России от 22 ноября 2004 г. N 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг» (зарегистрирован Минюстом России 14.12.2004, регистрационный N 6188) и от 4 февраля 2010 г. N 55н «О порядке проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан» (зарегистрирован Минюстом России 04.03.2010, регистрационный N 16550);

3.4) абзац 1 раздела «Таблица 2001 «Итоги дополнительной диспансеризации граждан» изложить в следующей редакции: «в графе 1 представляются сведения о количестве учреждений здравоохранения, проводивших дополнительную диспансеризацию работающих граждан в отчетном периоде. Графа 1 равна сумме граф 2 и 3».

2. Контроль за исполнением настоящего Приказа оставляю за собой.

Председатель
А.В.ЮРИН

Приложение
к приказу «О внесении изменений в приказ ФОМС
от 14 апреля 2008 года № 82 «Об утверждении отчетных форм
по проведению дополнительной диспансеризации»
от 19 февраля 2010 г. № 32

Таблица 2001

Количество учреждений здравоохранения, проводивших дополнительную диспансеризацию			Количество выездных бригад, проводивших дополнительную диспансеризацию	Численность работающих граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию (оплаченные случаи), чел.				Распределение прошедших дополнительную диспансеризацию граждан по группам состояния здоровья, чел.				
всего	в том числе:			всего	в том числе:			I группа - практически здоровые	II группа - риск развития заболеваний	III группа - нуждаются в доп. обследовании, лечении в амбулаторно-поликлинических условиях	IV группа - нуждаются в доп. обследовании, лечении в стационарах субъекта Российской Федерации	V группа - нуждаются в ВМП
	городские	сельские	осмотренные в городских учреждениях здравоохранения		осмотренные в сельских учреждениях здравоохранения	осмотренные специалистам и выездных бригад						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ПРИКАЗ

от 25 февраля 2010 г. № 35
МОСКВА

О РЕАЛИЗАЦИИ ПОСТАНОВЛЕНИЯ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 31 ДЕКАБРЯ 2009 ГОДА № 1146

Во исполнение Постановления Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2009 года N 1146 «О порядке предоставления в 2010 году из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан» («Российская газета», N 12(5091), 22 января 2010 года) (далее - Постановление) приказываю:

1. Утвердить и ввести в действие:

- Порядок реализации Постановления Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2009 года N 1146 (приложение 1);
- форму заявки территориального фонда обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан в 2010 году (приложение 2);
- форму сведений территориального фонда обязательного медицинского страхования для завершения расчетов по финансовому обеспечению расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан в 2010 году (приложение 3);
- форму РД-1 «Реестр счетов на оплату проведенной дополнительной диспансеризации работающих граждан» (приложение 4);
- порядок ведения реестров счетов на оплату проведенной дополнительной диспансеризации работающих граждан (приложение 5);
- форму плана-графика проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан в 2010 году (приложение 6).

2. Исполнительным директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования:

- ежемесячно до 20-го числа представлять заявку на финансовое обеспечение расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан в 2010 году в соответствии с формой, утвержденной настоящим Приказом (приложение 2);
- до 10 февраля 2011 года представить сведения для завершения расчетов по финансовому обеспечению расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан в 2010 году, по форме, утвержденной настоящим Приказом (приложение 3);
- представить план-график проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан на 2010 год в срок не позднее 3 рабочих дней до даты представления первой заявки на финансовое обеспечение расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан в 2010 году, по форме, утвержденной настоящим Приказом (приложение 6).

3. Финансово-экономическому управлению Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - ФОМС) ежемесячно в срок до 25-го числа представлять Комиссии ФОМС по финансированию отдельных мероприятий, предусмотренных бюджетом Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2010 год и на плановый

период 2011 и 2012 годов (далее - Комиссия), свод заявок территориальных фондов обязательного медицинского страхования (далее - территориальные фонды) для принятия решения о выделении субсидий территориальным фондам на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан.

4. Управлению бухгалтерского учета и отчетности ФОМС ежемесячно в срок до 25-го числа осуществлять перечисление территориальным фондам субсидий на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан на основании протокола заседания Комиссии.

5. Управлению модернизации системы ОМС ФОМС оказывать организационно-методическую помощь территориальным фондам в организации заключения договоров в соответствии с типовой формой, утвержденной Постановлением, и осуществлять контроль за представлением сведений о численности работающих граждан, в отношении которых проводится дополнительная диспансеризация в 2010 году, и их уточнением в течение года (приложение 6).

6. Признать утратившими силу Приказы ФОМС: от 07.03.2008 N 50 «О порядке предоставления в 2008 - 2009 годах из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан» (зарегистрирован Минюстом России 01.04.2008, регистрационный N 11434) («Российская газета», N 74, 05.04.2008), от 01.12.2008 N 269 «О внесении изменений в Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 марта 2008 г. N 50 «О порядке предоставления в 2008 - 2009 годах из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан» (зарегистрирован Минюстом России 22.12.2008, регистрационный N 12927) («Российская газета», N 265, 26.12.2008), от 18.02.2009 N 28 «О внесении изменений в Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 марта 2008 г. N 50 «О порядке предоставления в 2008 - 2009 годах из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан» (зарегистрирован Минюстом России 17.03.2009, регистрационный N 13521) («Российская газета», N 48, 20.03.2009), от 24.02.2009 N 33 «Об утверждении реестра счетов и порядка ведения реестра счетов на оплату проведенной дополнительной диспансеризации работающих граждан» (зарегистрирован Минюстом России 18.03.2009, регистрационный N 13539) («Российская газета», N 48, 20.03.2009).

7. Контроль за исполнением настоящего Приказа оставляю за собой.

Председатель
А.ЮРИН

Приложение 1
к Приказу ФОМС
от 25.02.2010 № 35

ПОРЯДОК РЕАЛИЗАЦИИ ПОСТАНОВЛЕНИЯ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 31 ДЕКАБРЯ 2009 ГОДА № 1146

1. Настоящий Порядок разработан во исполнение Постановления Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2009 года N 1146 «О порядке предоставления в 2010 году из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан» и устанавливает порядок предоставления в 2010 году субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - ФОМС) бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования (далее - территориальные фонды) на финансовое обеспечение расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан учреждениями муниципальной и государственной систем здравоохранения в соответствии с законодательством Российской Федерации (далее - расходы, связанные с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан).

2. Реализацию функции ФОМС в части финансового обеспечения расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан, осуществляет постоянно действующая Комиссия ФОМС по финансированию отдельных мероприятий, предусмотренных бюджетом Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2010 год и на плановый период 2011 и 2012 годов (далее - Комиссия).

3. Решение об открытии территориальному фонду финансирования расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан, принимается Комиссией при соблюдении территориальным фондом следующих условий:

а) субсидии используются территориальным фондом на финансовое обеспечение расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан;

б) территориальный фонд ежемесячно, до 20-го числа, представляет заявки на предоставление субсидии на финансовое обеспечение расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан в порядке и по форме, установленными настоящим Приказом;

в) территориальный фонд открывает в установленном порядке отдельный счет в подразделении расчетной сети Центрального банка Российской Федерации для перечисления субсидии;

г) территориальный фонд заключает с учреждениями здравоохранения, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по специальностям, определяемым Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, договоры в соответствии с типовой формой, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2009 года N 1146;

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

е) территориальный фонд представляет план-график проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан на текущий финансовый год, утвержденный уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации по форме, установленной настоящим Приказом (приложение 6).

4. Финансирование расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан в 2010 году, осуществляется ФОМС путем предоставления бюджету территориального фонда субсидий на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан (далее - Субсидии) на основании заявки на финансовое обеспечение расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан в 2010 году (далее - Заявка), форма которой утверждена настоящим Приказом (приложение 2), и при соблюдении условий в соответствии с пунктом 3 настоящего Порядка.

5. Размер Субсидии, предоставляемой ФОМС территориальным фондам на очередной месяц, определяется исходя из численности работающих граждан, подлежащих дополнительной диспансеризации в 2010 году, и норматива затрат на проведение дополнительной диспансеризации одного работающего гражданина в 2010 году, утверждаемого Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации¹.

6. Комиссия рассматривает Заявку территориального фонда на предоставление Субсидии ежемесячно и принимает решение о выделении денежных средств территориальному фонду.

7. Основанием для перечисления Субсидий на счет территориального фонда является протокол заседания Комиссии, подписанный председателем и секретарем Комиссии.

8. Перечисление Субсидий территориальным фондам осуществляется ФОМС с отдельного счета, открытого в установленном порядке в подразделении расчетной сети Центрального банка Российской Федерации на балансовом счете по учету средств ФОМС, ежемесячно до 25-го числа на отдельные счета территориальных фондов, открытых для финансирования расходов по проведению дополнительной диспансеризации работающих граждан в подразделениях расчетной сети Центрального банка Российской Федерации на балансовом счете по учету средств территориальных фондов.

9. Территориальные фонды после проведения медико-экономической экспертизы представленных учреждениями здравоохранения счетов на оплату проведенной дополнительной диспансеризации работающих граждан за счет средств полученных субсидий производят их оплату ежемесячно не позднее 20-го числа месяца, следующего за отчетным, на следующих условиях:

а) учреждения здравоохранения используют перечисленные территориальным фондом средства на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан;

б) учреждения здравоохранения ведут реестры счетов по законченным случаям на оплату расходов, связанных с про-

¹ Приказ Минздравсоцразвития России от 4 февраля 2010 N 55н «О порядке проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан», зарегистрирован Минюстом России 04.03.2010, регистрационный номер 16550.

ведением дополнительной диспансеризации работающих граждан по форме и в порядке, устанавливаемом настоящим Приказом (приложения 4, 5);

в) учреждения здравоохранения ежемесячно до 10-го числа месяца, следующего за отчетным, представляют в порядке и по форме, которые устанавливаются ФОМС, указанные в подпункте «б» настоящего пункта реестры счетов (за отчетный период) на оплату расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан;

г) учреждения здравоохранения в установленном порядке открывают отдельный счет для перечисления средств на финансовое обеспечение расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан;

д) учреждения здравоохранения заключают с территориальными фондами договоры о финансовом обеспечении территориальным фондом обязательного медицинского страхования расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан в соответствии с типовой формой, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2009 года N 1146.

10. Субсидии, не израсходованные в отчетном месяце, засчитываются территориальным фондам при последующем финансовом обеспечении расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан, и считаются авансовым платежом на указанные цели в следующем отчетном месяце в пределах 2010 года.

11. Недостаток средств, необходимых для оплаты расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан в предыдущем месяце (согласно реестру счетов законченных случаев диспансеризации работающих граждан), возмещается территориальным фондам в отчетном месяце в пределах сумм Субсидий, зачтенных в предыдущие месяцы в соответствии с пунктом 10 Порядка.

12. Контроль за соблюдением условий предоставления Субсидий осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

13. В случае выявления нецелевого использования Субсидии, выразившегося в направлении территориальным фондом и использовании ее на цели, не соответствующие пункту 9 Порядка, установленного на основании контрольных проверок или документов, подтверждающих факт нецелевого использования Субсидии, ФОМС направляет в территориальный фонд в установленном порядке уведомление о возврате средств Субсидии в месячный срок.

14. Субсидии, использованные не по целевому назначению, подлежат возврату и учитываются в доходах соответствующего бюджета по коду классификации доходов бюджетов Российской Федерации как денежные взыскания, налагаемые в возмещение ущерба, причиненного в результате незаконного или нецелевого использования бюджетных средств.

15. ФОМС осуществляет завершение расчетов с территориальными фондами обязательного медицинского страхования за проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан в 2010 году в I квартале 2011 года за счет остатков средств на 1 января 2011 года, образовавшихся в бюджете ФОМС и бюджетах территориальных фондов обязательного медицинского страхования на 2010 год в результате неполного использования средств, выделенных на дополнительную диспансеризацию работающих граждан в 2010 году.

**Заявка
на финансовое обеспечение расходов, связанных с проведением
дополнительной диспансеризации работающих граждан в 20__ году
на _____ месяц 20__ года**

(наименование территориального фонда обязательного
медицинского страхования)

Наименование показателей	Численность граждан, в отношении которых проводится дополнительная диспансеризация в 20__ году (чел.) ¹	Численность граждан, в отношении которых проводится дополнительная диспансеризация в данном месяце (чел.) ²	Норматив затрат на проведение дополнительной диспансеризации одного работающего гражданина (руб.) ³	Сумма субсидии, неизрасходованная в отчетном периоде (руб.)	Недостаток средств, необходимых для оплаты дополнительной диспансеризации, проведенной в предыдущем месяце (руб.) ⁴	Сумма субсидии на месяц (руб.) (гр. 3 x гр. 4 - гр. 5 + гр. 6)
1	2	3	4	5	6	7
Расходы, связанные с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан						

Исполнительный директор ТФОМС (подпись)

Главный бухгалтер ТФОМС (подпись)

М.П.

¹ Заполняется исходя из численности граждан, в отношении которых проводится дополнительная диспансеризация в 2010 году, утвержденной планом-графиком проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан в 2010 году в субъекте Российской Федерации согласно Сведениям, утверждаемым Минздравсоцразвития России.

² Заполняется исходя из численности граждан, в отношении которых проводится дополнительная диспансеризация в данном месяце, утвержденной планом-графиком проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан в 2010 году в субъекте Российской Федерации.

³ Утверждается Минздравсоцразвития России.

⁴ Заполняется в пределах сумм субсидий, зачтенных в предыдущие месяцы в соответствии с пунктом 10 Порядка, исходя из суммы реестров счетов законченных случаев дополнительной диспансеризации работающих граждан, проведенной в предыдущем месяце, и не оплаченных в связи с недостатком средств на эти цели в отчетном периоде.

Сведения

**(наименование территориального фонда обязательного
медицинского страхования)
для завершения расчетов по финансовому обеспечению
расходов, связанных с проведением дополнительной
диспансеризации работающих граждан в 20__ году**

Наименование показателей	Численность граждан, в отношении которых проведена дополнительная диспансеризация в 20__ году (чел.) ¹	Норматив затрат на проведение дополнительной диспансеризации одного работающего гражданина (руб.) ²	Расчетная сумма субсидии на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан в 20__ году (руб.) (гр. 2 x гр. 3)	Выделено субсидий на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан в 20__ году (руб.)	Остаток неиспользованных средств ТФОМС на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан на дату подачи сведений (руб.)	Сумма субсидии на завершение расчетов за проведенную дополнительную диспансеризацию работающих граждан в 20__ году (руб.) (гр.4 - гр. 5)
1	2	3	4	5	6	7
Расходы, связанные с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан						

Исполнительный директор ТФОМС (подпись)

Главный бухгалтер ТФОМС (подпись)

М.П.

¹ Указывается численность граждан, в отношении которых проведена диспансеризация в 2010 году, утвержденная планом-графиком проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан в 2010 году, но не свыше численности, предусмотренной по соответствующему субъекту Российской Федерации согласно Сведениям, утвержденным Минздравсоцразвития России.

² Утверждается Минздравсоцразвития России.

**Реестр
счетов на оплату проведенной дополнительной диспансеризации
работающих граждан на _____ 20__ года**

Учреждение-отправитель _____ форма РД-1
(Наименование учреждения) КОДЫ
по ОКУД _____
по ОКПО _____
по ОГРН _____
Организационно-правовая форма/форма собственности _____ по ОКОПФ/ОКФС _____
Учреждение-получатель _____ по ОКПО _____
(Наименование учреждения) по ОГРН _____
Периодичность: ежемесячно, до 10 числа _____ по ОКУД _____
Единица измерения (руб.) _____ по ОКЕИ 383
Договор между ФОМС и учреждением здравоохранения _____

(дата заключения договора и N)

N п/п	Фами- лия, имя, отче- ство	Пол м/ж	Дата рожде- ния, число, месяц, год	Адрес по месту регист- рации	№, серия полиса ОМС и на- звание СМО, вы- давшей полис	Диাগ- ноз по МКБ-10 (основ- ной)	Норматив затрат на про- ведение дополни- тельной диспансе- ризации	Даты проведения дополнительной диспансеризации по специалистам, лабораторным и функциональным исследованиям в объеме, утвержденном Минздравсоцразвития России				
								9	10	...	25	...
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	...	25	...

Руководитель учреждения _____
(Ф.И.О.)

М.П.

Главный бухгалтер _____
(Ф.И.О.)

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

I. Общие положения

1.1. Данный порядок разработан во исполнение пункта 9 Правил предоставления в 2010 году из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2009 года N 1146 «О порядке предоставления в 2010 году из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан».

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

1.3. Порядок устанавливает периодичность и сроки представления реестра счетов.

II. Периодичность и сроки представления

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

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

III. Заполнение показателей реестра

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Согласовано
(исполнительный директор
территориального фонда ОМС)
«__» _____ 20__ г.

Утверждаю
(руководитель органа управления
здравоохранением субъекта
Российской Федерации)
«__» _____ 20__ г.

М.П.

М.П.

**План-график
проведения дополнительной диспансеризации работающих
граждан в 2010 году¹**

Численность работающих граждан, подлежащих дополнительной диспансеризации в 2010 году				
Всего (человек) (гр. 2 + гр. ... + гр. n)	Месяцы проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан в 2010 году			После проведения медико-экономиче- ской экспертизы ²
	2	...	n	
1				

¹ Уточненные планы-графики представляются в течение года до 20 числа текущего месяца. При уточнении планов-графиков не подлежат изменению показатели численности работающих граждан, указанные в графах 2 - (n), на основании которых ранее было осуществлено выделение субсидий из бюджета ФОМС бюджетам территориальных фондов на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан.

² Заполняется при представлении Сведений для завершения расчетов по финансовому обеспечению расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан в 2010 году (представляется информация о численности прошедших дополнительную диспансеризацию работающих граждан, согласно представленным учреждениями здравоохранения реестрам счетов после проведения медико-экономической экспертизы в субъекте Российской Федерации, согласованная Минздравсоцразвития России).



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ПРИКАЗ

от 15 марта 2010 г. № 51
МОСКВА

О внесении изменений в приказ ФОМС от 2 апреля 2009 года № 61 «Об утверждении форм мониторинга проведения диспансеризации»

Во исполнение постановления Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2007 г. № 945 «О порядке предоставления в 2010 году субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (в ред. от 30.12.2009 г.) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2008, № 1, ст. 11), в целях оптимизации сбора отчетных форм мониторинга проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации

п р и к а з ы в а ю:

1. Внести в приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 2 апреля 2009 г. № 61 «Об утверждении форм мониторинга проведения диспансеризации» (в ред. от 26.01.2010 г.) изменения согласно приложению.
2. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 10 ноября 2008 г. № 257 «О проведении мониторинга» признать утратившим силу.
3. Управлению информационно-аналитических технологий (А.Ю. Нечепоренко) внести соответствующие изменения в программном продукте УСОИ-М.
4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на начальника Управления модернизации системы ОМС О.В. Цареву.

Председатель
А.В. Юрин

Приложение
к приказу ФОМС от 15 марта 2010 г. № 51
«О внесении изменений в приказ ФОМС
от 2 апреля 2009 года № 61 «Об утверждении форм
мониторинга проведения диспансеризации»

**Изменения, вносимые в приказ Федерального фонда
обязательного медицинского страхования от 2 апреля 2009 года № 61
«Об утверждении форм мониторинга проведения диспансеризации»**

1. Приложение 2 изложить в следующей редакции:

Форма № 2-ДД
«Оперативная информация о проведении диспансеризации
пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей,
находящихся в трудной жизненной ситуации»
по состоянию на _____
(нарастающим итогом с начала отчетного периода)

Численность детей, подлежащих диспансеризации, согласно утвержденному плану-графику на отчетный год (человек)	Число предъявленных к оплате случаев диспансеризации согласно реестров счетов (человек)			Число законченных случаев диспансеризации, принятых к оплате после проведения медико-экономической экспертизы (человек)		
	Всего (гр. 3 + гр. 4)	в том числе:		Всего (гр. 6 + гр. 7)	в том числе:	
		от 0 до 4-х лет включительно	от 5 до 17 лет включительно		от 0 до 4-х лет включительно	от 5 до 17 лет включительно
1	2	3	4	5	6	7

Наименование отчитывающейся организации _____

Ф.И.О. ответственного за заполнение формы
Контактный телефон и e-mail ответственного за заполнение формы

2. Абзац четвертый Приложения 4 изложить в следующей редакции:

«В графах 2-4 нарастающим итогом с начала отчетного периода указывается число случаев диспансеризации детей согласно реестрам счетов на оплату расходов по проведенной диспансеризации, предъявленных лечебно-профилактическими учреждениями (человек). Не учитываются случаи диспансеризации, отклоненные ТФОМС по результатам медико-экономической экспертизы и представленные повторно.

3. Абзац пятый Приложения 4 изложить в следующей редакции:

«В графах 5-7 нарастающим итогом с начала отчетного периода указывается число законченных случаев диспансеризации детей, принятых территориальным фондом ОМС к оплате после проведения медико-экономической экспертизы (человек).



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ**

Новослободская ул. 37, Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (499) 973-44-55, факс: (499) 973-49-30

04.03.2010 № 905/26-2/и

Исполнительным директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования

Об оплате диспансеризации в 2010 году

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в связи с поступающими от территориальных фондов обязательного медицинского страхования обращениями о правомерности оплаты посещений врачей-специалистов из средств обязательного медицинского страхования при проведении дополнительной диспансеризации работающих граждан и диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, сообщает следующее.

В соответствии с Федеральным законом от 28 ноября 2009г. № 294-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2010 год и плановый период 2011 и 2012 годов» и постановлениями Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2009г. №1146 «О порядке предоставления в 2010 году из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан», от 29 декабря 2007г. № 945 «О порядке предоставления в 2010 году субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (в ред. от 30.12.2009 №1114) диспансеризация работающих граждан и пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в 2010 году осуществляется за счет бюджетных ассигнований, получаемых из федерального бюджета в виде межбюджетных трансфертов. Других источников финансирования вышеназванных мероприятий указанными нормативными правовыми документами не предусмотрено.

Председатель
А.В. Юрин



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ**

Новослободская ул. 37, Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (499) 973-44-55, факс: (499) 973-49-30

19.02.2010 № 750/20-1/и

Исполнительным директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в связи с многочисленными запросами территориальных фондов обязательного медицинского страхования разъясняет следующее.

Статьей 5 Федерального закона от 27.07.2006 № 137-ФЗ «О внесении изменений в часть первую и часть вторую Налогового кодекса Российской Федерации и в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с осуществлением мер по совершенствованию налогового администрирования» внесены изменения в статью 9.1 Закона Российской Федерации от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», устанавливающие, что регистрация страхователей-адвокатов при обязательном медицинском страховании осуществляется в территориальных фондах обязательного медицинского страхования по месту их жительства (в случае осуществления ими деятельности в другом месте по месту осуществления этой деятельности) на основании представляемого в срок не позднее 30 дней со дня выдачи удостоверения адвоката заявления о регистрации в качестве страхователя и представляемых одновременно с заявлением копий удостоверения адвоката, документов, удостоверяющих личность страхователя и подтверждающих его регистрацию по месту жительства.

В соответствии со статьей 11 Федерального закона от 15.12.2001 № 167-ФЗ «Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации» регистрация адвокатов в территориальных органах Пенсионного фонда Российской Федерации осуществляется по месту их жительства на основании представляемого в срок не позднее 30 дней со дня выдачи удостоверения адвоката заявления о регистрации в качестве страхователя и представляемых одновременно с указанным заявлением копий удостоверения адвоката, документов, удостоверяющих личность страхователя и подтверждающих его регистрацию по месту жительства.

Пунктом 1 части 9 статьи 15 Федерального закона 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» (в ред. Федерального закона от 25.11.2009 № 276-ФЗ) (далее – Федеральный закон № 212-ФЗ) установлено, что плательщики страховых взносов, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам, ежеквартально представляют в органы контроля за уплатой страховых взносов (территориальные органы Пенсионного фонда Российской Федерации) по месту своего учета до 1-го числа второго календарного месяца, следующего за отчетным периодом, расчет по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное пенсионное страхование в Пенсионный фонд Российской Федерации и на обязательное медицинское страхование в фонды обязательного медицинского страхования по форме, утверждаемой федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и

нормативно-правовому регулированию в сфере социального страхования.

Частью 5 статьи 16 Федерального закона № 212-ФЗ установлено, что плательщики страховых взносов, не производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам, представляют в соответствующий территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации расчет по начисленным и уплаченным страховым взносам до 1 марта календарного года, следующего за истекшим расчетным периодом, по форме, утверждаемой федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере социального страхования.

До вступления в действие Федерального закона № 212-ФЗ в соответствии со статьей 244 Налогового кодекса Российской Федерации при представлении налоговой декларации адвокаты, не производящие выплаты и иные вознаграждения в пользу физических лиц, обязаны были представлять в налоговый орган по месту жительства справку от коллегии адвокатов, адвокатского бюро или юридической консультации о суммах уплаченного за них единого социального налога за истекший налоговый период по форме, утвержденной федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным по контролю и надзору в области налогов и сборов.

Адвокаты, учредившие адвокатские кабинеты, самостоятельно исчисляли и уплачивали налог с доходов, полученных от профессиональной деятельности, в порядке, предусмотренном для налогоплательщиков - индивидуальных предпринимателей.

В соответствии с письмом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31.01.2006 № 30-МЗ «О регистрации страхователей» обязательное медицинское страхование работников осуществляется по месту уплаты страховых взносов, единого социального налога, единого налога на вмененный доход и других налогов, подлежащих зачислению в фонды обязательного медицинского страхования.

Исходя из вышеизложенного, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования считает необходимым отметить, что в настоящее время в соответствии с действующим законодательством, регламентирующим обязательное медицинское страхование в Российской Федерации, регистрация страхователей-адвокатов осуществляется по месту жительства, а в случае осуществления ими деятельности в другом месте - по месту осуществления этой деятельности.

Председатель
А.В. Юрин



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ**

Новослободская ул. 37, Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (499) 973-44-55, факс: (499) 973-49-30

03.03.2010 № 427/30-4

Исполнительным директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования

Об оплате лечения после несчастных случаев на производстве

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее – Федеральный фонд ОМС) в связи с поступающими вопросами территориальных фондов ОМС в дополнение к совместно письму Федерального фонда ОМС от 03.12.2009 № 5378/230-и и Фонда социального страхования Российской Федерации от 03.12.2009 № 02-08/08-2242П, письму Федерального фонда ОМС от 03.12.2009 № 6065/30-4/и сообщает следующее.

Подпунктом 3 пункта 1 статьи 8 Федерального закона от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее – Закон) предусмотрено, что обеспечение по страхованию осуществляется в виде оплаты дополнительных расходов, связанных с медицинской, социальной и профессиональной реабилитацией застрахованного при наличии прямых последствий страхового случая, в т.ч. на лечение застрахованного, осуществляемое на территории Российской Федерации непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве.

Условия, размеры и порядок оплаты расходов на лечение застрахованных лиц определены постановлением Правительства Российской Федерации от 15.05.2006 № 286 «Об утверждении Положения об оплате дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию застрахованных лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

Согласно подпункту «а» пункта 2 Раздела I и Разделу II вышеуказанного Положения дополнительные расходы на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию застрахованного лица включают в себя расходы на лечение застрахованного лица, осуществляемое на территории Российской Федерации непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве до восстановления трудоспособности или установления стойкой утраты профессиональной трудоспособности.

Согласно п. 4 Раздела I вышеуказанного Положения оплата дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию застрахованного лица производится страховщиком за счет средств, предусмотренных на осуществление обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Председатель
А.В. Юрин



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ**

Новослободская ул. 37, Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (499) 973-44-55, факс: (499) 973-49-30

18.02.2010 № 694/80-3/и

Исполнительным директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования направляет для сведения и использования в работе совместное письмо Министерства экономического развития Российской Федерации от 01.02.2010 № 1157-АП/Д22 и Федеральной антимонопольной службы от 27.01.2010 № АЦ/1940 «О порядке применения процедур размещения заказов для федеральных государственных нужд».

Председатель
А.В. Юрин



МИНИСТЕРСТВО ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

от 01.02.2010 г. № 1157-АП/Д22

ФЕДЕРАЛЬНАЯ АНТИМОНОПОЛЬНАЯ СЛУЖБА

от 27.01.2010 г. № АЦ/1940

**О ПОРЯДКЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОЦЕДУР РАЗМЕЩЕНИЯ ЗАКАЗОВ
ДЛЯ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ НУЖД**

В связи с запросами, поступающими от государственных и муниципальных заказчиков о применении процедуры запроса котировок или размещения заказа у единственного поставщика при размещении заказов на товары (работы, услуги), включенные в Перечень товаров, работ, услуг, размещение заказов соответственно на поставки, выполнение, оказание которых для федеральных нужд осуществляется путем проведения открытого аукциона в электронной форме с 1 января по 30 июня 2010 года (далее - Перечень), утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2009 г. № 1996-р, Минэкономразвития России и ФАС России сообщают.

В соответствии с частью 39 статьи 65 Федерального закона от 21 июля 2005 г. № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» (далее - Закон), проведение аукциона (за исключением открытого аукциона в электронной форме) или конкурса при размещении заказов для федеральных нужд на товары (работы, услуги) включенные в Перечень, не допускается. При этом положениями Закона не устанавливается запрет на возможность размещения заказов на соответствующие товары (работы, услуги) из Перечня путем проведения запроса котировок или у единственного поставщика (исполнителя, подрядчика) при условии соблюдения ограничений, установленных Законом.

Таким образом, федеральные государственные заказчики вправе осуществлять размещение заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг, включенных в Перечень, путем проведения запроса котировок или у единственного поставщика (исполнителя, подрядчика) в установленном Законом порядке.

Минэкономразвития России и ФАС России просят довести указанную информацию до подведомственных организаций и учреждений.

Статс-секретарь – заместитель Министра
экономического развития
Российской Федерации

А.В. Попова

Статс-секретарь – заместитель Руководителя
Федеральной антимонопольной службы

А.Ю. Цариковский