

# ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ

# МЕДИЦИНСКОЕ

# СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ  
Ф О Н Д  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО  
МЕДИЦИНСКОГО  
СТРАХОВАНИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

3 - 2010

**В.В. Путин: «Рост качества жизни людей, укрепление их здоровья – это наша главная цель»**

**О проекте федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»**

**Совещание заместителей исполнительных директоров ТФОМС «Организация защиты прав застрахованных в системе ОМС»**



## **ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ №3, 2010**

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 № 3, 2010 год  
Выходит 1 раз в два месяца с 2006 года

Зарегистрирован в Федеральной службе по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия  
Регистрационный номер *ПИ № ФС77-23840* от 28 марта 2006 года

**Учредители:**  
Федеральный фонд  
обязательного медицинского  
страхования  
Дом печати «Столичный бизнес»

Журнал издается Домом печати  
«Столичный бизнес»

Номер подписан в печать  
18.06.2010 года  
Тираж: 3000 экз.  
Формат 205 x 275 мм  
Объем 88 полос

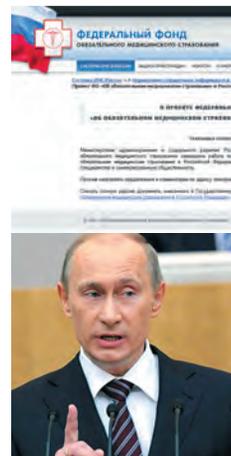
**Адрес редакции:**  
105062, г. Москва,  
ул. Покровка, 47/24,  
Дом печати  
«Столичный бизнес»  
Тел.: (495) 916-39-84;  
E-mail: journal-oms@yandex.ru

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

© «Обязательное медицинское страхование в  
Российской Федерации», 2010

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

# ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 2010 '3



## 4 ОФИЦИАЛЬНО НОВОСТИ

Председатель правительства Российской Федерации В.В. Путин выступил в Государственной думе с отчетом правительства Российской Федерации о результатах его деятельности за 2009 год (4)

Правление ФОМС (6)

На официальном сайте ФОМС размещен для открытого обсуждения проект федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (7)

Рабочее совещание представителей Минздравсоцразвития России, Федерального фонда обязательного медицинского страхования и руководителей страховых медицинских организаций, посвященное обсуждению законопроекта «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (7)

Круглый стол «Реформа ОМС» (8)

Международный круглый стол «Государственная политика в сфере здравоохранения: реалии и перспективы» (10)

Совещание заместителей исполнительных директоров ТФОМС, посвященное вопросам организации защиты прав застрахованных в системе ОМС (12)

Заседание Совета исполнительных директоров фондов ОМС (16)

Совещание расширенного Совета исполнительных директоров ТФОМС Южного федерального округа (17)

Интервью председателя ФОМС А.В. Юрина федеральным СМИ (19)

В Новосибирском, Смоленском и Челябинском областных фондах ОМС назначены новые руководители (25)

В номере



## 26

### ЗАЩИТА ПРАВ ГРАЖДАН В СИСТЕМЕ ОМС

В Федеральном фонде ОМС проведен брифинг для представителей СМИ о деятельности ФОМС по защите прав застрахованных граждан в системе ОМС (26)

Памятка застрахованному в системе обязательного медицинского страхования (28)

## 34

### ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

*С.Г. Кравчук,  
С.В. Приль*

О реализации территориальных программ ОМС в субъектах Российской Федерации в 2009 году (34)

## 52

### ФИНАНСОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

*Н.С. Соловьева*

Финансовое обеспечение фондов обязательного медицинского страхования в 2009 году (52)

## 58

### ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС В СУБЪЕКТАХ РФ

*Ю.И. Машков,  
Г.А. Борисова*

Организация экспертизы объемов и качества медицинской помощи в Республике Мордовия (58)

## 62

### МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ ЗА РУБЕЖОМ

*Л.Н. Иванова,  
А.В. Устугов*

Обязательное государственное медицинское страхование в Федеративной Республике Германия (62)

## 70

### АДМИНИСТРАТИВНЫЙ РЕГЛАМЕНТ ФОМС

Административный регламент Федерального фонда обязательного медицинского страхования по исполнению государственной функции «Организация обеспечения своевременного и полного рассмотрения устных и письменных обращений граждан с уведомлением заявителей о принятии по ним решений и направлении ответов в установленном законодательством Российской Федерации срок» (70)

## 83

### НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ И ДОКУМЕНТЫ

Постановление правительства РФ от 15.05.2010 №347 «О порядке направления в 2010 году Федеральным фондом обязательного медицинского страхования средств нормированного страхового запаса на увеличение дотаций бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования» (84)

## Председатель правительства Российской Федерации В.В. Путин выступил в Государственной думе с отчетом правительства Российской Федерации о результатах его деятельности за 2009 год



В отчете о работе правительства Российской Федерации в 2009 году председатель правительства Российской Федерации В.В. Путин отметил: «Сейчас звучат предложения повременить с повышением взносов в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования - с 3,1 до 5,1 процента, так как для экономики, которая только начала переживать кризис, выходить из кризиса, это будет большой нагрузкой.

Конечно, это аргумент, аргумент серьезный. Но мы все-таки сделали для бизнеса паузу в 2010 году. Я считаю, что отказываться от уже принятого решения не имеет смысла.

Рост качества жизни людей, укрепление их здоровья – это наша главная цель. То, ради чего мы, в конечном итоге, с вами работаем, то, ради чего мы экономику развиваем.

Повышение страховых взносов на 2% принесет в систему обязательного медицинского страхования порядка 460 млрд рублей в ближайшие два года.

Вместе с тем, было бы неразумно просто вбросить эти ресурсы в неэффективно работающую систему, как я уже говорил только что, «размазать» на текущие расходы.

Сейчас перехожу к очень существенной части своего сегодняшнего выступления перед вами.

Вчера я встречался с медицинскими работниками по поводу вручения премии «Лучший врач года». Говорил о том, что в ближайшее время мы сформируем предложения

по развитию системы здравоохранения. Вот хотел бы это сейчас и сделать.

Для решения всех проблем, которые там существуют, предлагается создать в составе Федерального фонда обязательного медицинского страхования специальный резерв средств в объеме, как раз равном двухпроцентному увеличению страховых взносов, которые будут зачисляться в систему ОМС с 1 января 2011 года.

Для этого мы внесем изменения в законодательство об обязательном медицинском страховании, что позволит обосновать обособленность этого резерва на период как минимум два года. В рамках ОМС создать отдельный Фонд.

Эти средства будут расходоваться на основе региональных программ по модернизации здравоохранения с учетом индивидуальных особенностей территорий и в соответствии с соглашениями между субъектами Российской Федерации, Минздравом и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования. То есть, мы намерены сконцентрировать ресурсы так же, как это было сделано в рамках приоритетного национального проекта.

На что можно было бы, на наш взгляд, потратить эти немалые средства?

Первое. Сегодня более 30% всех лечебных учреждений страны находятся в аварийном или требующем капитального ремонта состоянии. И это несмотря на всё то, что уже было сделано в рамках национального проекта.

Многие поликлиники и больницы не имеют достаточного оборудования для оказания медпомощи в соответствии с современными требованиями. Поэтому в течение двух ближайших лет мы выделим около 300 млрд рублей на приведение всей сети здравоохранения страны в порядок.

При этом, конечно, в первую очередь средства должны направляться на ключевые направления. На совершенствование медицинской помощи по тем заболеваниям, которые являются основной причиной высокой смертности.

Второе. На внедрение современных информационных систем в здравоохранении. На эти цели предполагается направить порядка 24 млрд рублей. Это позволит повысить эффективность использования средств, значительно улучшить организацию доступа граждан к услугам медицинских учреждений.

Третье. Еще 136 млрд рублей мы выделим на следующие, очень важные, на мой взгляд, задачи. Это повышение уровня обеспеченности стандартов предоставления медицинских услуг. Они включают такие статьи затрат, как заработная плата медицинского персонала, лекарства, питание больных, расходные материалы и диагностическое оборудование. Кроме того, предлагаю подумать и о создании еще одного фонда в рамках той же системы. Условно давайте назовем его фонд «Здоровье» – для неработающих пенсионеров.

Мы еще можем все это обсудить с вами, обязательно поговоримся. Но в чем могла бы заключаться эта идея? На лицевые счета пожилых граждан государство будет зачислять по одной тысяче рублей в год. Эти деньги могут быть использованы в качестве соплатежа за медицинскую страховку. А если в течение определенного периода времени необходимости обращаться к врачу не будет – средства будут зачисляться на пенсионный счет гражданина. Понятно, да? Гражданин имеет тысячу, обратился к врачу, значит оттуда пошло софинансирование. Не захотел идти к врачу, нет необходимости, значит, эта тысяча пойдет на пенсионный счет.

Еще раз подчеркну, что средства по всем обозначенным выше трем направлениям получат только те субъекты Российской Федерации, которые примут программы модернизации здравоохранения. Вот это очень важно. Так же, как мы с вами делаем применительно к Фонду ЖКХ. Будут проводить такие мероприятия, которые включают ремонт медицинских учреждений, оснащение их недостающим оборудованием, создание современных информационных систем в области организации медицинской помощи, а также будут осуществлять шаги по внедрению страховых принципов оплаты медицинской помощи.

Прежде всего это касается перехода на одноканальное финансирование медицинской помощи через ОМС по пол-

ному тарифу. Четкого определения объемов финансового обеспечения госгарантий оказания бесплатной медицинской помощи на основе единых стандартов и подходов. И, наконец, сокращения административных расходов в медицине.

После истечения двухлетнего срока, т.е. с 2013 года, дополнительные ресурсы, поступающие в Фонд ОМС, будут в основном направляться на увеличение текущего финансирования медицины. При этом мы должны максимально сохранить все те инвестиционные ресурсы, которые уже были предусмотрены в бюджетах всех уровней. Чтобы с поступлением наших денег субъекты оттуда ничего не вынимали.

В результате – сеть медицинских учреждений в стране будет серьезно обновлена. Повсеместно будут внедрены современные методы диагностики, профилактики, лечения и реабилитации граждан.

Это даст возможность оказывать медицинскую помощь людям в строгом соответствии с государственными стандартами.

Я уже говорил, в прошлом году мы с вами заявили крупномасштабные мероприятия в сфере пенсионного дела и в этом году начали проводить крупную пенсионную реформу. В этом году все нужно сделать постепенно, подготавливаться, принять решение и со следующего года начать крупномасштабные преобразования в медицине.

В рамках национального проекта «Здоровье» мы сделали новый серьезный шаг для улучшения здравоохранения. Мы применили новые проектные принципы в решении одной из ключевых задач и поняли, что это достаточно эффективный механизм. Но нас всегда спрашивают и спрашивали, меня, во всяком случае, я уверен, что и вас, когда вы с людьми встречаетесь в регионах: будем ли мы продолжать этот проект?

Сегодня с Дмитрием Анатольевичем Медведевым мы это тоже обсуждали. Конечно, будем. Сегодня я еще раз отвечаю на эти сомнения: мы не только будем продолжать, но и кардинально усиливать это направление, формируя более мощную программу улучшения здравоохранения.

Считаю реализацию этой программы важнейшей, ключевой задачей Правительства, руководителей субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, парламента и депутатов всех фракций. От её успешной реализации зависит улучшение здоровья граждан, продолжительность и качество их жизни. Вы знаете, это задача такого масштаба, которая достойна любого правительства, любого парламента. И, что самое главное, в позитивном развитии этой программы, в позитивном результате заинтересованы без всякого преувеличения все граждане Российской Федерации».



## Правление Федерального фонда обязательного медицинского страхования

7 мая 2010 года в Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации состоялось заседание правления Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

На заседании правления были заслушаны вопросы:

1. Отчет о деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2009 год.
2. О проекте федерального закона «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2009 год».

Заслушав и обсудив отчет начальника Управления организации ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования С.Г. Кравчук о деятельности Федерального фонда обязательного медицинского за 2009 год, правление отметило, что деятельность ФОМС была направлена на решение следующих основных задач:

- совершенствование нормативно-правовой базы обязательного медицинского страхования, участие в подготовке нормативной базы, регламентирующей деятельность по реализации приоритетного национального проекта «Здоровье»;
- финансовое обеспечение конституционных прав граждан на медицинскую помощь за счет средств обязательного медицинского страхования;
- обеспечение финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования и создание условий для выравнивания объема и качества медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на всей территории Российской Федерации;
- финансовое обеспечение реализации мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье»;
- усиление контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования и средств федерального бюджета, направляемых ФОМС на реализацию мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье».

Заслушав доклад заместителя председателя ФОМС Л.Н. Ивановой и рассмотрев представленный проект федерального закона «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2009 год» (далее – законопроект), правление

ФОМС отметило, что законопроект разработан в соответствии с Бюджетным кодексом Российской Федерации, финансовая деятельность Федерального фонда обязательного медицинского страхования осуществлялась в 2009 году в соответствии с Федеральным законом от 25 ноября 2008 г. № 215-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2009 год и на плановый период 2010 и 2011 годов» (в ред. от 25 ноября 2009 г. № 264-ФЗ).

Бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2009 год исполнен по доходам в сумме 126,6 млрд рублей и по расходам – 130,0 млрд рублей.

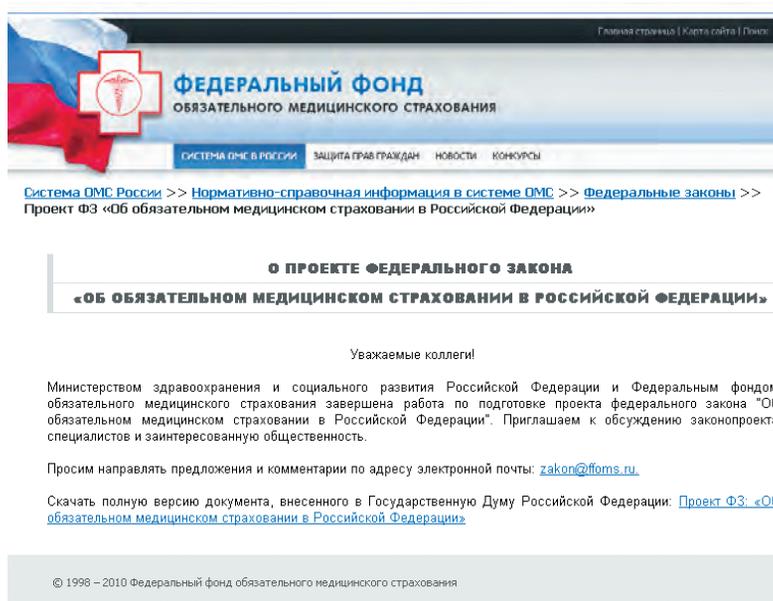
Расходы Фонда в 2009 году осуществлялись на следующие цели:

- ОМС неработающего населения (детей) – 3,8 млрд рублей;
- оплату услуг государственных и муниципальных учреждений здравоохранения по медицинской помощи, оказываемой женщинам в период беременности и родов, а также диспансерному наблюдению ребенка в течение первого года жизни – 17,0 млрд рублей;
- проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан – 3,8 млрд рублей;
- диспансеризацию пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации – 0,8 млрд рублей;
- выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов ОМС в рамках базовой программы ОМС – 91,6 млрд рублей в виде дотаций.

Расходы на финансовое и материально-техническое обеспечение деятельности Фонда и информатизацию системы ОМС составили 606 192,0 тыс. рублей.

По итогам заседания правления вынесены решения об утверждении Отчета о деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2009 год и согласовании проекта федерального закона «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2009 год».

## На официальном сайте ФОМС ([www.ffoms.ru](http://www.ffoms.ru)) размещен для открытого обсуждения проект федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»



## Рабочее совещание представителей Минздравсоцразвития России, Федерального фонда обязательного медицинского страхования и руководителей страховых медицинских организаций, посвященное обсуждению законопроекта «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

В совещании, прошедшем 8 июня 2010 г., участвовали статс-секретарь – заместитель министра Ю.В. Воронин, директор Департамента развития медицинского страхования Минздравсоцразвития России В.А. Зеленский, председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования А.В. Юрин, представители крупнейших страховых медицинских организаций «Ингосстрах-М», «РОСНО-МС», «Росгострах-Медицина», «Спасские ворота-М», «СОГАЗ-Мед», «МАКС», «Урал-Сиб», «Солидарность для жизни», «РЕСО-Мед», «Столичная страховая группа» и ведущих объединений страховых организаций – Всероссийского союза страховщиков и Межрегионального союза медицинских страховщиков.

В ходе совещания обсуждались отдельные положения законопроекта, в том числе в части статуса и ответ-

ственности страховых компаний, особенностей проведения и критериев медико-экономической экспертизы, обеспечения безопасности личных данных застрахованных лиц и ряд других значимых вопросов.

В целом представители страховых медицинских организаций и ведущих объединений страховых организаций положительно оценили законопроект, внесли к нему ряд предложений.

По итогам совещания принято решение о дальнейшей совместной работе представителей Минздравсоцразвития России, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, страховых медицинских организаций и их ведущих объединений по совершенствованию законопроекта.

## Круглый стол «Реформа ОМС»



Круглый стол «Реформа ОМС», организованный 25 мая 2010 года рейтинговым агентством «Эксперт РА», собрал в конференц-зале отеля «Красные холмы» представителей ведомств и структур, ответственных за реформирование системы ОМС. Среди приглашенных были А.В. Юрин, председатель Федерального фонда ОМС, В.А. Зеленский – директор Департамента развития медицинского страхования Министерства здравоохранения и социального развития, руководители страховых компаний «Спасские ворота-М», «РОСНО-МС», «Росгосстрах», «МАКС-М» и «Альфа Страхование», а также представители общественности, здравоохранения, органов власти, журналисты и аналитики. Модератором круглого стола выступил генеральный директор рейтингового агентства «Эксперт РА» Д.Э. Гришанков.

Участники мероприятия выслушали выступления ведущих докладчиков и в живой дискуссии искали решения основных проблем функционирования системы обязательного медицинского страхования.

Сегодня система ОМС аккумулирует и направляет в систему здравоохранения значительные финансовые потоки (551,5 млрд рублей в 2009 году), но по сути ОМС не является классическим видом страхования, а сама система мало связана с другими элементами финансовой системы России.

Главное призвание системы ОМС – обеспечение граждан, в том числе и социально незащищенных слоев населения, доступными и качественными медицинскими услугами по всей территории страны, а также гарантия эффективного функционирования и развития системы здравоохранения. Согласно Конституции Российской Федерации медицинская помощь должна быть бесплатной для всех граждан. Платными являются только сер-

вис выше базового уровня и выбор клиентом медицинского учреждения, не вошедшего в программу ОМС.

Однако в функционировании системы есть недостатки в вопросах организации финансирования. В настоящее время она, по сути, является бюджетной моделью, учитывающей перераспределение средств между государственными и муниципальными учреждениями. В реальности далеко не все необходимые пациенту услуги он может получить в рамках обязательного медицинского страхования. И хотя полис ОМС и является действующим на всей территории страны, большинство застрахованных все-таки сталкиваются с проблемами при обращении в поликлинику не по месту жительства. По большому счету, сейчас в каждом российском регионе существует своя система ОМС, а право гражданина на получение медицинской помощи на всей территории России на практике почти не реализуется из-за путаницы в межрегиональных платежах за эти услуги.

Поэтому большинство граждан до сих пор воспринимают страховой полис ОМС как пропуск в единственную, прикрепленную к месту постоянной прописки, поликлинику. Однако застрахованный может выбирать не только страховую компанию при заключении договора, но и медицинское учреждение. Собравшиеся на мероприятии пришли к выводу, что система должна быть абсолютно конкурентна, и наравне с государственными лечебными учреждениями в ней должны участвовать и частные структуры. Законопроект, о котором шла речь на круглом столе, учитывает ряд мер, при выполнении которых обладатель полиса ОМС сможет обращаться в частные клиники, при этом частично в счет платной услуги будет включаться тариф ОМС, разницу же клиент будет оплачивать самостоятельно.

Все участники дискуссий сошлись во мнении, что одним из ключевых факторов успешного функционирования системы является личное участие застрахованного, готового пользоваться своими правами. «Заинтересованность застрахованного вытекает из его информированности, – подчеркнул в своем выступлении В.А. Зеленский. – Повышение страховой грамотности населения – актуальная задача, выполнять которую необходимо сообща».

Система ОМС в России изменится с начала 2011 года, что, по сути, станет реформой здравоохранения. Новый законопроект об обязательном медицинском страховании (будет вынесен на рассмотрение в июне 2010 года), прежде всего, должен сделать систему единой – подобно системе Пенсионного фонда и Фонда социального страхования. Это помогает сгладить дифференциацию между регионами и будет способствовать повышению качества и доступности медицинской помощи. Авторы законопроекта приняли во внимание не только богатый российский опыт внедрения и функционирования системы ОМС, но и учли опыт медицинского страхования разных стран.

Новый документ существенно расширяет права пациентов. Председатель ФОМС А.В. Юрин пояснил, что выбор страховой компании будет осуществлять только гражданин – принцип тендеров по этому направлению останется в прошлом. Кроме того, медицинские учреждения будут получать деньги от страховых компаний непосредственно за оказанные услуги, поэтому нововведения помогут создать здоровую конкуренцию на рынке медицинских услуг. А.В. Юрин пояснил, что система «когда деньги идут за пациентом» способна модернизировать саму систему здравоохранения. Ведь как страховые компании, так и медицинские учреждения будут мотивированы на предоставление качественных услуг и привлечение большего количества клиентов.

«Медицинские услуги должны ориентироваться не на лечение, а на выздоровление пациента», – подчеркнул А.Е. Янин, председатель направления рейтингов страховых компаний рейтингового агентства «Эксперт РА».

Кроме того, будет расширен перечень бесплатных медицинских услуг, прописаны стандарты оказания медицинской помощи, определены положенные пациенту при его диагнозе лекарства и процедуры.

Участники круглого стола обсудили вопросы повышения эффективности здравоохранения через реформирование системы ОМС, сочетание систем ОМС и ДМС, механизмы финансирования здравоохранения, корректировки тарифов и многое другое.



*В президиуме круглого стола (слева направо) директор Департамента развития медицинского страхования Минздравсоцразвития России В.А. Зеленский, генеральный директор рейтингового агентства «Эксперт-РА» Д.Э. Гришанков, председатель Федерального фонда ОМС А.В. Юрин.*

Особое внимание было уделено роли и функциям страховых медицинских организаций. Несмотря на то, что система носит название «Обязательное медицинское страхование», она мало общего имеет с рыночным страхованием. Надо ли делать систему страховой и как это осуществить эффективно, – этот вопрос был наиболее актуален для приглашенных докладчиков из ведущих страховых компаний. Участники страхового рынка подчеркнули, что страховые организации мотивированы на повышение уровня сервиса, чтобы привлечь больше клиентов, а соответственно заинтересованы в качестве оказываемых медицинских услуг. Именно страховщики организуют экспертизы качества при рассмотрении жалоб пациентов и возникновении спорных ситуаций. Кроме того, в аналитических центрах страховых компаний, занимающихся как добровольным, так и обязательным медицинским страхованием, накоплена ценная информация по статистике заболеваний, в том числе в региональной разбивке. Эта статистика способна помочь оптимизировать как тарифную политику, так и само функционирование системы ОМС.

Выслушав полярные точки зрения, участники приняли решение, что все высказанные пожелания необходимо учесть при дальнейшем рассмотрении законопроекта для эффективного функционирования системы. Авторы законопроекта рассчитывают, что создаваемая система будет существовать достаточно долго, однако не исключают, что по мере необходимости в систему будут вноситься частные изменения.

Проект нового закона об обязательном медицинском страховании уже опубликован на сайтах Минздравсоцразвития России и Федерального фонда ОМС для широкого обсуждения и внесения предложений.

## Международный круглый стол «Государственная политика в сфере здравоохранения: реалии и перспективы»



27 мая в Институте «Справедливый Мир» состоялся Международный круглый стол «Государственная политика в сфере здравоохранения: реалии и перспективы». Его инициаторами и организаторами при содействии Российской академии медико-социальной реабилитации и Центра Улофа Пальме (Швеция) выступили партия «Справедливая Россия» и Институт «Справедливый Мир».

В заседании круглого стола приняли участие депутаты Государственной думы и парламента Швеции, видные деятели здравоохранения России и Германии, российские и иностранные эксперты в области медицины, представители городских и местных органов власти, различных медицинских центров и высших учебных заведений. Вела заседание круглого стола депутат фракции «Справедливая Россия» в Государственной думе, заместитель председателя Комитета ГД по охране здоровья Эльмира Глубоковская.

Приветствуя участников круглого стола, руководитель Центра международных проектов и программ Института «Справедливый Мир» Борис Гуселетов заявил: «Для россиян проблема здоровья очень важна, особенно в это трудное время. Для Института «Справедливый Мир» весьма важно обсуждать проблемы здравоохранения, привлекая к этому видных специалистов из России и других стран. Сейчас, в отличие от прошлых лет, наступило понимание, что нам, россиянам, можно и нужно учиться у других стран, в частности Германии и Швеции, которые здесь представлены. Учитывая присутствие на нашем круглом столе депутатов Государственной думы, мы можем рассчитывать, что поднятые здесь вопросы будут

способствовать принятию законопроектов, направленных на улучшение системы здравоохранения в нашей стране».

Руководитель проекта Центра У. Пальме Наталья Алексеева отметила, что Центр уже много лет сотрудничает с партией «Справедливая Россия» и Институтом «Справедливый Мир». Проекты и темы, которые Центр выбирает, важны как для России, так и для Швеции. Прибывшие на круглый стол депутаты шведского риксдага от Социал-демократической партии Швеции являются членами профильных комитетов, связанных с проблемами здравоохранения, и рассказали о проблемах и достижениях системы здравоохранения в Швеции.

Выступившая с основным докладом Эльмира Глубоковская напомнила участникам круглого стола, что «сегодня государственная политика в России в сфере здравоохранения определяется Конституцией Российской Федерации и действующим законодательством РФ». Основным законом в сфере здравоохранения, или фундаментом законодательства являются «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан». В развитие Основ разрабатывались и другие законы, которые можно разделить на 4 группы: законодательство в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия; законодательство в сфере профилактики; законодательство в сфере организации медицинской помощи; законодательство по вопросам финансирования здравоохранения.

Депутат заявила, что Программа государственных гарантий, утвержденная постановлением Правительства РФ, обеспечивает равнодоступность бесплатной меди-

цинской помощи гражданам России. Основными источниками финансового обеспечения Программы являются бюджетные ассигнования всех бюджетов бюджетной системы РФ, в том числе бюджетов госфондов обязательного медицинского страхования (ОМС). В 2010 году подушевые нормативы финансового обеспечения в расчете на 1 человека составят 7633,4 рубля, что на 3 тыс. рублей больше, чем в 2008 году; из них: 4059,6 руб. – за счет средств ОМС, 3573,8 руб. – за счет средств соответствующих бюджетов. Однако партия «Справедливая Россия» считает, что утверждаться Программа госгарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью должна не постановлением правительства, а законом, учитывая ее чрезвычайную важность и то, что она является важнейшим инструментом реализации конституционных прав граждан.

Надо признать, что сегодня не каждый гражданин может получить необходимую медицинскую помощь бесплатно, в том числе высокотехнологичную, и не в каждом медицинском учреждении, а только в медучреждениях того субъекта РФ, где ему выдан медицинский полис обязательного медицинского страхования, отметила депутат. По данным социологических исследований, только 33% населения удовлетворены качеством медпомощи. По словам докладчика, в 2009 году населению оказан объем платных медицинских услуг на сумму 195 млрд руб., что превышает сумму половины федерального бюджета (в федеральном бюджете на 2010 год на здравоохранение вместе с физкультурой и спортом выделено 333 млрд руб.). По мнению Глубоковской, это серьезные проблемы, с учетом того, что Россия занимает одно из первых мест по показателям смертности, в том числе от сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, смертности при ДТП. Рост заболеваемости детей, женщин детородного периода, высокая смертность мужчин трудоспособного возраста, рост числа инвалидов (у нас 14 млн инвалидов) – вот несколько отрицательных тенденций, существенным образом влияющих на здоровье нации, трудовые ресурсы, демографическую ситуацию в стране.

В последние годы, указала Эльмира Глубоковская, вопросы сохранения здоровья россиян, повышения доступности и качества медпомощи определены в числе важнейших приоритетов государства. В стратегии развития России до 2020 года и Концепции демографической политики до 2025 года поставлены серьезные задачи по снижению смертности россиян в 1,5 раза и увеличению продолжительности жизни до 75 лет. Сегодня взят курс на модернизацию российского здравоохранения, основными целями которой является защита конституционных прав граждан на охрану здоровья и бесплатную медпомощь в государственных и муниципальных медучреждениях. В целях повышения доступности и качества медпомощи модернизация здравоохранения включает дальнейшее укрепление первичного звена здравоохранения, развитие участко-

вой и амбулаторно-поликлинической службы, а также совершенствование службы скорой помощи.

Депутат высказала позицию партии «Справедливая Россия» по вопросам улучшения медицинской помощи для граждан России.

Принявшие участие в дискуссии заведующая отделом социального законодательства и сравнительного правоведения при правительстве РФ Наталья Путило, директор Российского реабилитационного центра «Детство» Минздравсоцразвития профессор Евгений Лильин, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения Московского государственного медико-стоматологического центра Эльвира Зимина, профессор Центра профилактической медицины Нана Погосова, ректор Российской академии медико-социальной реабилитации и член Сергиев-Посадского муниципального совета профессор Фарид Юнусов, представитель Совета «Левый фронт» Дмитрий Галкин и другие поделились мнениями об улучшении системы здравоохранения в России, доступности достижений медицины для всего населения страны.

Зарубежные участники – директор Центра Тюринген-клиник (Германия) Ганс Эберхард, депутаты парламента Швеции Сив Витгреналь и Ронни Уландер выразили признательность за приглашение и возможность выступить на круглом столе. Они рассказали о достижениях своих стран в сфере здравоохранения и, в частности, медицинского страхования и реабилитации. Депутаты шведского риксдага подробно рассказали о «шведской модели» социального и медицинского страхования и подарили Институту «Справедливый Мир» набор видеослайдов об этой системе в Швеции.

Научный руководитель Института «Справедливый Мир» Валентина Левичева сообщила, что по итогам работы Международного круглого стола будет выпущен сборник, который затем будет разослан в медицинские институты и учреждения России, чтобы темы, поднятые в ходе дискуссии, стали достоянием медицинской общности.

По итогам обсуждения участники круглого стола приняли Рекомендации правительству РФ и депутатам Госдумы, в которых, в частности, предлагают доработать Концепцию развития здравоохранения РФ до 2020 года; ускорить внесение в Госдуму нового закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и законопроекта «Об охране здоровья граждан»; принять меры по недопущению приватизации и коммерциализации государственных и муниципальных учреждений здравоохранения. Депутатам Госдумы рекомендуется поддержать законодательные инициативы правительства РФ, касающиеся модернизации здравоохранения.

## Совещание заместителей исполнительных директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования, посвященное вопросам организации защиты прав застрахованных в системе ОМС



27–28 мая в Москве прошло совещание заместителей исполнительных директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования, посвященное вопросам организации защиты прав застрахованных в системе ОМС, а также расширенное заседание Межрегионального координационного совета по организации защиты прав граждан в системе ОМС.

Своеобразной отправной точкой для оценки системы защиты прав граждан на получение качественной и доступной медицинской помощи является Программа государственных гарантий оказания гражданам России бесплатной медицинской помощи.

Аналогичные документы также принимаются и действуют сегодня во всех субъектах Российской Федерации, и один из важных разделов, как федеральной, так и территориальных программ государственных гарантий, посвящен как раз защите прав застрахованных – это установление порядка оказания медицинской помощи и создание условий для предоставления этой помощи.

Обеспечение конституционных прав граждан на получение доступной и качественной медицинской помощи за счет средств ОМС в объеме и на условиях, соответствующих программам ОМС является первоочередной задачей системы ОМС. Как отметил в ходе своего выступления **В.О. Флек**, заместитель директора Департамента развития медицинского страхования Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, ключевой фактор – показатели здоровья населения. «Основные показатели отслеживаются на входе и на выходе реализации Программы государственных гарантий, и именно по ним будет определяться эффективность осуществленных нововведений», – пояснил В.О. Флек. Одним из главных механизмов защиты прав застрахованных в системе ОМС является информирование граждан. «Постоянная работа с населением, учет мнений граждан очень важны. Мы проводим про-



верки по всем регионам – есть ли в медицинских учреждениях информационные стенды, доступны ли застрахованным брошюры и другие информационные материалы, – отметил В.О. Флек. Граждане должны знать о своих правах на бесплатное медицинское обслуживание».



Начальник Управления организации ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования **С.Г. Кравчук** помимо роли системы информирования владельцев полисов ОМС об их правах в системе ОМС отметила также такие направления деятельности системы ОМС, как постоянную работу с обращениями застрахованных, досудебную и судебную защиту пациентов, и контроль объемов и качества оказываемых медицинских услуг. Необходимо отметить, что каждый застрахованный в системе ОМС имеет право на обращение в страховую медицинскую организацию, Федеральный и территориальные фонды ОМС, на проведение территориальными фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями контроля объемов, сроков и качества медицинской помощи оказанной гражданину, на предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации и медицинскому учреждению, в том числе и на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба.

Права застрахованных установлены действующим законодательством, однако не всегда эти нормы выполняются, при этом необходимо отметить, что число жалоб из года в год неуклонно снижается. На сегодняшний день из 15 млн обращений граждан в фонды ОМС 13 млн носят консультационный характер – застрахованные спрашивают, куда они могут обратиться за медицинской помощью, не застрахованные – где и как получить и обменять страховой полис. Процент жалоб составляет менее 1% от всех обращений, и внимание к ним особенно пристальное. По каждой жалобе проводится рассмотрение случая экспертами СМО и принимается соответствующее решение, вплоть до отзыва средств со счетов медицинского учреждения, оказавшего некачественную услугу, и применение мер административного воздействия к медицинским организациям.

Механизмами совершенствования системы обеспечения и защиты законных интересов и прав застрахованных в системе ОМС являются следующие основные направления работы:

• выбор эффективных организационных моделей оказания медицинской помощи;

• выбор рационального способа оплаты медицинской помощи;

• эффективная тарифная политика при установлении страховых взносов и тарифов на оплату медицинской помощи;

• персонализированный учет.

Комплекс этих действий позволит решить такие важные задачи, как обеспечение соответствия гарантируемых объемов бесплатной медицинской помощи и необходимых финансовых ресурсов, введение единой системы финансового планирования в здравоохранении (средств ОМС и бюджетных поступлений), повышение эффективности использования средств для оказания населению бесплатной медицинской помощи за счет достижения определенных целей для каждого региона и главное – повысить удовлетворенность граждан оказываемой медицинской помощью в рамках территориальных программ ОМС. С.Г. Кравчук отметила положительную динамику увеличения объемов и нормативов финансирования на единицу объема медицинской помощи, предоставляемой в рамках реализации территориальных программ ОМС, что свидетельствует о повышении доступности и качества медицинской помощи. Кроме того, был обозначен и ряд основных проблем, связанных с доступностью медицинской помощи, на всей территории Российской Федерации, которые предстоит решить в ближайшее время.



В своем выступлении начальник Управления модернизации системы ОМС ФОМС **О.В. Царева** остановилась на особенностях проведения медико-экономической экспертизы реестров счетов по проведению диспансеризации работающих граждан и пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и

детей, находящихся в трудной жизненной ситуации в 2009 году и рассмотрела причины высоких процентов отклонения от оплаты проведенных диспансерных осмотров. Были приведены данные мониторинга Федерального фонда ОМС согласно которым среднероссийские показатели отклонения счетов на конец 2009 года по диспансеризации работающего населения и детей-сирот составили 3 и 0,8 процентных пунктов соответственно.

В целях оптимизации процессов проведения медико-экономической экспертизы в 2010 году был утвержден приказ ФОМС от 15.02.2010 года №30, который установил порядок, периодичность и объем медико-экономической экспертизы счетов на оплату расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан.



Как отметила начальник Управления организации и мониторинга лекарственного обеспечения в системе ОМС ФОМС **О.А. Константинова**, в целях организации мер по совершенствованию лекарственного обеспечения в системе ОМС со второго полугодия 2009 года ведется мониторинг лекарственного обеспечения стационарной медицинской помощи в системе ОМС.

Объемы закупок лекарственных средств, входящих в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, утвержденный распоряжением правительства Российской Федерации от 29.03.2007 №376-р (далее – Федеральный перечень ЖНВЛС), составил 8,3 млрд рублей или 81,6 % средств ОМС, направляемых на закупку лекарственных средств для оказания стационарной медицинской помощи.

В целом по Российской Федерации объемы закупок лекарственных средств с проведением торгов в виде аукционов и конкурсов в суммовом выражении составляют 70,1% или 7,3 млрд рублей.

Из всех средств, израсходованных на закупку лекарственных средств, более 85% средств ОМС было направлено на закупку 10 основных групп лекарственных средств Федерального перечня ЖНВЛС.

Данные мониторинга показали, что в субъектах Российской Федерации за счет средств ОМС закупались для оказания стационарной медицинской помощи биологические активные добавки на сумму 5,7 млн руб., вакцины для профилактики инфекционных заболеваний (гриппа, полиомиелита, кори, паротита, дифтерии, коклюша, столбняка, туберкулеза) на сумму 4,5 млн руб., дезинфекционные средства на 9,8 млн руб.

Значительная часть программы совещания была посвящена обмену прикладным опытом в сфере защиты прав застрахованных. Докладчики рассказали как о работе территориальных фондов ОМС, деятельности страховых медицинских организаций и органов исполнительной власти в этой области, так и о международном опыте в аналогичной сфере.

Так, по словам исполнительного директора Ассоциации медицинских обществ по качеству **Г.Э. Улумбековой**, для оценки эффективности деятельности государственной системы здравоохранения, качества и доступности медицинской помощи в странах Евросоюза разработана



единая методика эффективности деятельности системы здравоохранения: «Ежегодно семь стран публикуют отчеты о работе своих систем здравоохранения. Цель этой работы – улучшить здоровье населения, и именно это должно быть критерием деятельности для любой системы здравоохранения».

Реальные шаги по совершенствованию системы ОМС и повышению доступности бесплатной медицинской помощи предпринимаются и во многих регионах России.

Актуальным вопросам организации контроля качества медицинской помощи в системе ОМС были посвящены выступления представителей научной общественности, территориальных фондов ОМС, страховых медицинских организаций. С опытом Самарской области о внедрении оптимальных механизмов управления качеством медицинской помощи, в том числе и практике применения системы индикаторов качества при оценке медицинской помощи, получаемой в рамках территориальных программ ОМС, поделилась заместитель министра здравоохранения и социального развития Самарской области – руководитель Департамента организации медицинской помощи населению **Полубенцева Е.И.**



Так в Пермском крае, по словам заместителя исполнительного директора Пермского краевого фонда ОМС **И.К. Новоселовой**, на практике было реализовано право неработающих владельцев полисов ОМС на выбор страховой компании, в результате чего число страховых медицинских организаций, участвующих в страховании неработающего населения, возросло с четырех до десяти, что в свою очередь обострило конкуренцию и заставило страховые компании бороться за своих клиентов. Особенностью обеспечения прав граждан на доступную медицинскую помощь и выбор врача является возможность его осуществления за счет реализации регионального проекта «Электронная регистратура».

А в Санкт-Петербурге для снижения очередей в городских поликлиниках в большинстве районов города появились так называемые Центры записи граждан на прием к врачу, где каждый гражданин может в спокойной обстановке записаться к нужному специалисту на удобное для себя время.

Немалое внимание участники совещания уделили происходящим процессам реформирования системы ОМС и здравоохранения в целом.

Заместитель директора по научно-исследовательской работе национального НИИ общественного здоровья РАМН **А.Л. Линдебратен** определил некоторые направления совершенствования контроля качества медицинской помощи и отметил, что в условиях ОМС контроль качества медицинской помощи становится важной научной и организационно-методической задачей системы здравоохранения и медицинского страхования. При решении обсуждаемых вопросов большое значение имеет информированность населения в сфере оказания медицинской помощи.



Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования **А.В. Юрин**, подводя итоги первой части пленарного заседания, отметил необходимость руководителям и работникам территориальных фондов ОМС принять участие в рассмотрении и внесении предложений в проект федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Рассматривая на расширенном заседании Межрегионального координационного совета вопросы деятельности Координационных советов по организации защиты прав граждан в системе ОМС, действующих в субъектах Российской Федерации, участниками совещания было отмечено, что Федеральным фондом ОМС совместно с его представителями в федеральных округах, территориальными фондами ОМС проведена значительная работа по активизации деятельности Координационных советов и коллегиальных структур, выполняющих аналогичные функции, которые созданы в 83 субъектах Российской Федерации и г. Байконуре, осуществляется работа по реализации Соглашений о сотрудничестве в области защиты прав граждан между территориальными фондами в целях обеспечения и защиты прав граждан обеспечения доступности и контроля качества медицинской помощи при реализации Территориальных программ ОМС в 5 федеральных округах.

Благодаря деятельности Координационных советов выработаны единые подходы к формированию территориальной системы защиты прав застрахованных граждан на территории Российской Федерации, разработаны и утверждены ряд нормативных и методических документов, регламентирующих деятельность территориальных фондов ОМС и страховых медицинских организаций по организации защиты прав граждан и контролю объемов и качества медицинской помощи в системе ОМС, основанных на единых методологических подходах.

Участниками совещания отмечена необходимость модернизации и дальнейшего развития системы обязательного медицинского страхования в связи с введением федерального закона «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации», определения единых критериев и подходов к совершенствованию системы защиты прав застрахованных, повышению эффективности использования средств для оказания населению бесплатной медицинской помощи, взаимодействия между субъектами системы обязательного медицинского страхования и заинтересованными ведомствами.

## Заседание Совета исполнительных директоров фондов обязательного медицинского страхования (26 мая 2010г., Москва)



В Федеральном фонде обязательного медицинского страхования состоялось заседание Совета исполнительных директоров фондов обязательного медицинского страхования.

На заседании Совета присутствовали члены Совета исполнительных директоров фондов обязательного медицинского страхования, руководители структурных подразделений Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования А. В. Юрин проинформировал участников заседания Совета о ходе рассмотрения проекта федерального закона «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

В ходе работы заседания были заслушаны отчеты о деятельности в 2009 году представителей Федерального фонда обязательного медицинского страхования в федеральных округах и планы работы на 2010 год, а также доклады:

- исполнительного директора территориального фонда обязательного медицинского страхования Нижегородской области Е.И.Хлабутиной «Об участии территориального фонда обязательного медицинского страхования в организации деятельности Центров здоровья в Нижегородской области»;
- исполнительного директора Мордовского республиканского фонда обязательного медицинского страхования Ю.И.Машкова «Об опыте взаимодействия Мордовского республиканского фонда обязательного медицинского страхования с Отделением Пенсионного фонда Российской Федерации по Республике Мордовия и Управлением Федерального казначейства по Республике Мордовия в рамках реализации Федерального закона от 24 июля 2009 г. №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»;

- исполнительного директора Тульского территориального фонда обязательного медицинского страхования Б.Н.Федорченко «О проекте Программы Министерства финансов Российской Федерации повышения эффективности бюджетных расходов до 2012 года. Аудит эффективности финансирования здравоохранения»;
- начальника Управления модернизации системы обязательного медицинского страхования Федерального фонда обязательного медицинского страхования О.В.Царевой «О реализации региональных программ модернизации здравоохранения в 2011- 2012 годах»;
- начальника Управления информационно-аналитических технологий Федерального фонда обязательного медицинского страхования Ю.А.Нечепоренко «О едином Регистре полисов обязательного медицинского страхования. Вопросы информатизации системы здравоохранения»;
- начальника отдела информационной безопасности Федерального фонда обязательного медицинского страхования В.А.Поихало «Некоторые аспекты реализации требований законодательства Российской Федерации при обработке персональных данных граждан, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования».

Также, обсуждались вопросы выработки критериев оценки эффективности деятельности страховых медицинских организаций и медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования, вопросы повышения доступности медицинской помощи для населения, включая усиление контроля за предоставлением платных медицинских услуг, организационные аспекты взаимодействия территориальных фондов обязательного медицинского страхования и отделений Пенсионного фонда Российской Федерации, приоритетные задачи по реализации региональных программ модернизации здравоохранения и ряд других актуальных вопросов.

По итогам заседания Совета исполнительных директоров фондов обязательного медицинского страхования выработаны соответствующие решения, которые направлены членам Совета исполнительных директоров фондов ОМС.

## Совещание расширенного Совета исполнительных директоров территориальных фондов ОМС Южного федерального округа

(13 мая 2010г., Краснодар)



Впервые в Краснодаре прошло заседание расширенного совета исполнительных директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования Южного федерального округа. Для проведения столь значимого мероприятия Краснодарский край был выбран как регион, добившийся впечатляющих результатов в организации медицинского обслуживания населения и защите прав граждан на доступную и качественную медицинскую помощь.

В работе Совета приняли участие представители территориальных фондов ОМС из Республики Адыгея, Республики Калмыкия, Ростовской, Волгоградской и Астраханской областей. Пообщаться с коллегами приехал также руководитель Ставропольского краевого фонда ОМС, который с 2010 года вошел в Северо-Кавказский федеральный округ.

Участников заседания тепло приветствовал главный федеральный инспектор по Краснодарскому краю аппарата полномочного представителя Президента в ЮФО А.В. Верещагин. Он сообщил, что представителем Федерального фонда ОМС в ЮФО назначена исполнительный директор Краснодарского ТФОМС Н.Н. Стадченко. От имени Законодательного Собрания Краснодарского края успешной работы совету директоров пожелал председатель Комитета по здравоохранению и социальной защите населения ЗСК А.Д. Башинский.

О том, как ведется работа по защите прав застрахованных граждан в России, рассказала в своем выступлении начальник Управления организации ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования С.Г. Кравчук.

Краснодарский край занимает лидирующие места по ряду показателей. Так, качеством медпомощи на Кубани удовлетворены 91,6 процента опрошенных, неудовлетворены 6,9 процента. Средние показатели в ЮФО составляют, соответственно, 86,2 и 7,7 процента. Больше всего недовольных в Республике Адыгея – 16,5 процента. Средний показатель в ЮФО по количеству граждан, обратившихся в ФОМС и страховые медицинские организации, по итогам 2009 года составил 6386 человек на 100 тысяч населения. На Кубани этот показатель равен 2396 человек.

О работе центров здоровья в России участником заседания проинформировала начальник Управления модернизации системы ОМС Федерального фонда ОМС О.В. Царева. Она подчеркнула, что центры здоровья еще не заработали в полную силу, им предстоит усилить профилактическую работу среди населения и пропаганду здорового образа жизни. Правда, к Краснодарскому краю это не относится. В крае действуют 13 центров здоровья, в первом квартале их посетили 27 тысяч человек. Это самый лучший показатель в России. В этом заслуга, прежде всего, департамента здравоохранения края во главе с руководителем Е.Н. Редько.

С докладом об итогах совместной работы со страховыми медицинскими организациями (СМО) в 2009 году выступила исполнительный директор Краснодарского ТФОМС Н.Н. Стадченко. Она охарактеризовала кубанское здравоохранение в целом:

- Губернатор края А.Н. Ткачев уделяет большое внимание модернизации здравоохранения, повышению уровня кубанской медицины до европейских стандартов. За последние пять лет финансирование здравоохранения увеличилось в 2,5 раза. В 2009 году в него было вложено 40 миллиардов рублей. Эти средства направляются на закупку медицинского оборудования, внедрение новых современных технологий, капитальную реконструкцию и ремонт десятков медицинских объектов по всему краю. Забота о здоровье кубанцев привела к неплохим результатам. Продолжительность жизни на Кубани сегодня выше 70 лет, тогда как в среднем по России – 68. Младенческая смертность за последний год снизилась на 17 процентов и составляет 5,9 на 1000 родившихся детей, а в среднем по стране – 8,2.

Благодаря работе департамента здравоохранения по улучшению медицинской помощи заболеваемость населения Краснодарского края снизилась на 1,5 процента. Общая смертность снизилась по сравнению с



*В президиуме заседания (слева направо) исполнительный директор Краснодарского ТФОМС Н.Н. Стадченко, начальник Управления модернизации системы ОМС ФОМС О.В. Царёва и начальник Управления организации ОМС ФОМС С.Г. Кравчук*

2005 годом на 12,2 процента, в 2009 году этот показатель в крае был на 3,5 процента ниже, чем в среднем по России. Рождаемость выросла с 10,3 до 12,4 на 1000 населения.

Н.Н. Стадченко рассказала о том, как Фонд и страховые медицинские организации выполняют свою основную задачу – защищают права застрахованных граждан: «За 2009 год специалисты Краснодарского ТФОМС совместно со СМО провели 508 проверок рационального использования коечного фонда, обоснованности госпитализации и соблюдения условий оказания медицинской помощи в выходные и праздничные дни. В ходе 620 очных экспертиз осмотрено более 23 тысяч пациентов, находившихся в стационарах, проведено более 14 тысяч консультаций для определения дальнейшей тактики лечения.

В результате 203 проверок организации и качества лечебного питания во всех проверенных ЛПУ произошли положительные перемены.

С 2010 года для проведения целевой экспертизы по жалобам пациентов на качество медицинской помощи, летальным исходам, а также для проведения плановых экспертиз в государственных учреждениях здравоохранения Краснодар в обязательном порядке стали привлекаться специалисты Кубанского государственного медицинского университета. В регистр экспертов качества медицинской помощи вошли 41 доктор и 42 кандидата медицинских наук. Результаты экспертиз доводятся до департамента здравоохранения края для принятия управленческих решений.

Приведя статистику обращаемости в СМО, Н.Н. Стадченко подчеркнула, что уровень доверия граждан к этим организациям пока низок. Необходимо в корне изменить работу с жалобами, проводить экспертизу не по документам, а выезжать непосредственно в ЛПУ, встречаться с заявителями.

Одной из задач фонда и страховых медицинских организаций является разрешение споров и конфликтных ситуаций, возникших между застрахованным и медицинским учреждением. За 2009 год 35 жалоб были удовлетворены в досудебном порядке, восемь рассмотрены в судебном порядке.

Жалобы от населения можно предотвратить, убеждена Н.Н. Стадченко. Разъяснительная работа среди населения, встречи с трудовыми коллективами – важное направление работы. С 2007 года в медицинских учреждениях края дежурят представители СМО. Они смотрят, как работает регистратура, есть ли у пациентов возможность предварительно записаться на прием к врачу, как соблюдается режим работы ЛПУ, каково его санитарно-гигиеническое состояние. В 2009 году состоялось около 2000 дежурств, главным врачам ЛПУ было представлено более шестисот справок с замечаниями и предложениями.

В результате, например, в поликлинике Анапы активизировалась работа электронной регистратуры, повысилась культура общения работников регистратуры с пациентами. В поликлиниках Славянского района введена предварительная запись к специалистам.

Работа Краснодарского ТФОМС и СМО сказалась и на результатах опроса пациентов, находящихся на стационарном лечении в медицинских учреждениях края. Анонимное анкетирование показало, что число кубанцев, удовлетворенных качеством оказанной им медицинской помощи, выросло с 90,4 процента в 2008 году до 93 процентов в 2009-м.

На заседании выступили также руководитель департамента здравоохранения Краснодарского края Е.Н. Редько, ректор Кубанского государственного медицинского университета С.Н. Алексеенко, заместитель исполнительного директора Астраханского областного фонда ОМС А.А. Черных, начальник управления информационных технологий Ростовского областного фонда ОМС О.И. Шарапов.

Результатом совместной работы представителей фондов ОМС ЮФО стало подписание Соглашения о сотрудничестве в области защиты прав застрахованных граждан. После заседания его участники осмотрели Центр грудной хирургии ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. проф. Очаповского», побывали в Центре здоровья 2-й городской больницы и в СМО «Сибирь». Уровень финансирования здравоохранения края, материально-техническое состояние лечебных учреждений краевого центра произвели на гостей большое впечатление. Краснодарский край для многих территорий стал образцом организации медицинской помощи, признали участники расширенного совета исполнительных директоров ТФОМС Южного федерального округа.

## Интервью председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования А.В. Юрина федеральным СМИ



### Интервью РИА Новости: «Россияне выигрывают от создания резервного фонда ФОМС»



фото РИА Новости

О том, как будут расходоваться 460 миллиардов рублей, полученные за счет увеличения страхового тарифа на обязательное медицинское страхование с 2011 года, о дополнительных гарантиях для пенсионеров и о том, какие преобразования ждут Федеральный фонд обязательного медицинского страхования с 2013 года корреспонденту РИА Новости Татьяне Степановой рассказал глава ФОМС А.В. Юрин.

*Андрей Владимирович, расскажите, на какие цели будут расходоваться средства, полученные за счет двухпроцентного увеличения страхового тарифа на ОМС с 2011 года?*

– В отчете правительства в Государственной думе, с которым выступил председатель правительства, четко определены четыре направления расходования дополнительного увеличения средств в системе ОМС. Первое направление – это то, что связано с укреплением системы оказания медицинской помощи по заболеваниям, которые являются основной причиной смертности (сердечно-сосудистые, новообразования, заболевания органов дыхания). Эти три направления составляют основную долю в структуре смертности населения от управляемых причин, если не брать в расчет управляемые – это ДТП, несчастные случаи.

Второе направление – это информатизация сети медицинских учреждений и системы ОМС в целях перехода к единому электронному полису ОМС, который действует на всей территории РФ и во всех медицинских учреждениях и создание информационной сети внутри медицинских учреждений и между медицинскими учреждениями. Речь идет о том, чтобы дать возможность человеку записаться на прием к врачу из дома, то есть со своего домашнего компьютера. Речь также идет о том, чтобы вести его историю болезни в электронном виде с тем, чтобы можно было в случае необходимости оперативно использовать ее в других лечебных учреждениях, если этого потребует ситуация.

Следующее направление – это вопросы, связанные с усилением возможности оказания медицинской помощи в соответствии с медицинскими стандартами. Те стандарты, которые сегодня разрабатываются Министерством здравоохранения и социального развития РФ, должны быть реально обеспечены необходимым объемом медикаментов, расходных материалов и той заработной платой, которая обеспечит оказание высококвалифицированной медицинской помощи.

И еще одно направление, которое усилит гарантии оказания медицинской помощи пенсионерам. Речь идет о том, что за каждого неработающего пенсионера, обратившегося к врачу, будет увеличен тариф страхового взноса на одну тысячу рублей, что тоже позволит более качественно оказывать помощь этой категории населения.

*Андрей Владимирович, получается, что медицинская помощь будет оплачиваться не по полному тарифу еще два года, а не будут ли при этом ущемлены права получателей медицинских услуг?*

– Безусловно, право получателей медицинских услуг не пострадает. Если бы мы включили сегодня вот эти два процента в нашу обычную схему предоставления средств, то был бы просто механически увеличен тариф в условиях, когда сеть медицинских учреждений в разных субъектах и в разных муниципалитетах находится в разном состоянии. И понятно, что если бы даже в этих тарифах были предусмотрены какие-то ограниченные средства для приобретения оборудования, для выполнения ремонтов, связанных с технологией оказания медицинской помощи, практически ничего бы этого невозможно было сделать – нельзя в тариф включить инвестиционные расходы в необходимом размере. Не было бы ни замены оборудования, которое необходимо менять каждые пять лет, а у нас срок службы имеющегося оборудования уже свыше десяти лет. Не было бы тех ремонтов, которые требуются для необходимого оказания медицинской помощи. Поэтому речь идет о том, чтобы в течение этих двух лет, с одной стороны,

укрепить материально-техническую базу учреждений, а, с другой стороны, эти средства будут стимулом для органов власти субъектов РФ осуществлять комплексную модернизацию системы здравоохранения субъекта.

*Но при сохранении прежней ставки в 3,1% при существующем дефиците бюджета ФОМС и его территориальных органов вновь произойдет недофинансирование самих медуслуг, оказываемых россиянам по полису ОМС бесплатно.*

– Ставка не уменьшается, она сохранится. Но надо иметь в виду, что все равно к этим трем процентам добавится усиление обеспечения медицинских стандартов. Сократят дефицит и дополнительные гарантии для пенсионеров, потому что эта категория населения наиболее часто обращается за медицинской помощью и именно на нее направляется более 60% ресурсов здравоохранения. Поэтому мы считаем, что в результате будет создана совершенно иная база для оказания медицинской помощи.

*Андрей Владимирович, как Вы полагаете, какие структурные изменения в потоках финансовых средств ожидают ФОМС с 2013 года?*

– Это, наверное, уже предмет того проекта закона об ОМС, работа над которым сейчас завершается. И уже ранее 2013 года, кроме того, что привычно финансируется через систему ОМС, рассматриваются возможности включения в ОМС расходов, связанных с содержанием лечебных учреждений, то есть то, что сегодня финансируют бюджеты разных уровней. Таким образом, тариф будет полный.

Если говорить о видах медицинской помощи, то можно говорить о некоторой части высокотехнологичной медицинской помощи, которая сейчас массово применяется в субъектах РФ. Возможно, бюджет будет финансировать только оказание медицинской помощи уникального характера, которая сегодня в систему ОМС не входит.

*На каком этапе сейчас находится новый законопроект об ОМС?*

– На этапе завершения. И я думаю, что в ближайшее время он должен поступить в федеральные органы исполнительной власти для согласования.

*РИА Новости  
22 апреля 2010г.*



## Интервью деловому журналу «Финанс»: «Мы стремимся создать такую систему ОМС, когда вымогательство не будет иметь экономического смысла»

Реформа здравоохранения началась с реорганизации системы ОМС. На днях законопроект поступит в правительство. О сути и деталях закона рассказывает председатель Федерального фонда ОМС А.В. Юрин.

*Андрей Владимирович, так в чем же суть?*

– Суть всех преобразований заключается в том, чтобы сделать центральным звеном ОМС человека. От человека должно идти построение всей системы. Прежде всего у каждого должно быть право выбора страховой компании. До сих пор за работающих граждан этот выбор делали работодатели, а за неработающих – исполнительные органы власти в субъектах Федерации. Они отбирали страховщиков ОМС на конкурсах. Теперь подобные конкурсы в регионах будут отменены, а граждане будут делать свой выбор самостоятельно

*Но ведь это право было и прежде?*

– Да, было, но оно практически не реализовывалось. Потому что обе нормы существовали параллельно, дублировали друг друга. В этой ситуации страховые компании предпочитали договариваться с руководителями предприятий, с губернаторами, у них не было стимула бороться за каждого клиента. Теперь альтернативы нет. Есть одна-единственная норма – выбирает страховую компанию только сам гражданин. Это создаст конкурентную среду для страховщиков. Теперь они будут конкурировать не за право доступа к губернатору или руководителю предприятия, а за право доступа к конкретному человеку. Раз в год каждый застрахованный в ОМС может сменить страховую компанию. Для этого достаточно написать заявление в выбранную компанию, и она не вправе отказать, она обязана заключить договор. А прежняя страховая компания будет уведомлена об уходе клиента.

*Сегодня не все люди знают название своих компаний по ОМС. Как они будут делать выбор?*

– Да, вы правы, застрахованный по ДМС, как правило, сразу же назовет свою страховую компанию, а многие

владельцы полисов ОМС своих страховщиков вообще не знают. Это и понятно – не они их выбирали. Но теперь им все-таки придется выяснить, какие страховщики работают в регионе, может, даже поинтересоваться их финансовыми показателями. Эти данные можно будет найти в территориальном фонде ОМС.

*А не получится, что часть людей вообще останется без полисов – те, кто не сделают вовремя выбор?*

– Без полисов ОМС не останется никто. В законопроекте предусмотрено, что данные о «молчунах» будут анализировать территориальные фонды ОМС. Ежемесячно они будут направлять сведения о гражданах, не выбравших страховую компанию, как работающих, так и нет, в три страховые медорганизации, которые имеют наибольшее количество застрахованных в данном субъекте Федерации на 1 января текущего года. Эти данные будут передаваться пропорционально, в соответствии с численностью застрахованных в каждой из трех компаний. При этом соотношение работающих и неработающих граждан должно быть равным. В течение трех дней с момента получения сведений от территориального фонда страховщики должны проинформировать в письменной форме людей о факте страхования и необходимости получения полиса ОМС. За нарушение порядка предусмотрены штрафные санкции.

*А будет ли предоставлено пациентам право выбора лечебного учреждения, врача?*

– Да, будет. Только при условии, что медицинское учреждение или врач дают согласие на прикрепление нового пациента. Собственно, это право есть у застрахованных и сегодня. Но оно тоже не работает, потому что у медицинских учреждений нет стимула увеличивать поток пациентов. Теперь ситуация иная. Меняется система финансирования лечебных учреждений: за каждым пациентом в лечебное учреждение придет полный тариф по ОМС. Чем больше пациентов – тем больше финансовый поток, а это основа для дальнейшего развития больницы или поликлиники. Тогда появится мотивация – медучреждения начнут бороться за людей. И

нам нужна эта конкуренция на рынке медицинских услуг. Она – стимул для повышения качества обслуживания.

*Что значит полный тариф? Какие затраты покрываются сегодня за счет средств ОМС?*

– Сейчас за счет ОМС покрывается порядка 50% расходов медицинского учреждения. В тариф по ОМС входит только пять статей расходов: зарплата медперсонала, начисления на зарплату, затраты на расходные материалы, лекарственные средства и питание. Почему сегодня застрахованный по ОМС не является желанным пациентом в клинике? Да по одной простой причине – за этим человеком придут только эти пять статей расходов. А все остальное – коммунальные расходы, транспортные, затраты на связь, повышение квалификации медработников, расходы по охране труда... – все это поступает напрямую из госбюджета. Речь давно идет о том, чтобы сделать тариф на ОМС полным, чтобы он покрывал все расходы. Это и предусмотрено в новом законопроекте.

*А какие лечебные учреждения будут допущены к ОМС?*

– Сегодня далеко не все лечебные учреждения участвуют в ОМС. Органы исполнительной власти на местах утверждают списки допущенных. Теперь все барьеры будут сняты. Согласно законопроекту доступ к ОМС будет совершенно свободным для всех медицинских учреждений, в том числе и для частных. Достаточно просто написать заявление – и клиника будет включена в реестр участников в системе ОМС. Территориальный фонд не вправе отказать в приеме заявления.

*На каких условиях частные клиники могут войти в ОМС?*

– Условие одно – они готовы работать по тем тарифам, которые существуют в ОМС, и по тем нормативным актам, которые есть в ОМС. И я уверяю, что желание у частных клиник очень большое, потому что через ОМС идет основной поток больных. На самом деле рынок ДМС не так широк. Сегодня объем средств, которые проходят через ДМС, составляет примерно 57 млрд рублей. А в субъектах Федерации оказывается медпомощь на 1,2 трлн рублей. Для обязательного медстрахования участие частных клиник тоже полезно. Взять, к примеру, частные стоматологические кабинеты, которых сегодня открылось немало, – они помогли бы разгрузить районные поликлиники, решить проблемы с очередями.

*А могут ли клиники одновременно оказывать платные и бесплатные услуги? Как решается эта коллизия?*

– Это очень важный вопрос. Я убежден, весь объем помощи, который должен оказываться данным учреждением в рамках ОМС, должен быть бесплатным для

населения. Все, что касается косметологических услуг, сервиса, услуг, которые не требуются по медицинским показаниям, – это может быть платным. Но этот вопрос требует большой осторожности. В новом законопроекте нет статьи, которая бы регулировала соотношение платных услуг и ОМС, или ОМС и ДМС. Мы хотим обсудить эту тему более подробно после первого чтения. Мы надеемся сформировать правильный подход к этой проблеме.

*Как будут финансироваться неработающие граждане? Сейчас ведь нет единого тарифа...*

– Это действительно серьезная проблема. Если для работодателей размер страхового взноса определен на законодательном уровне и составит со следующего года 5,1% от фонда оплаты труда, то для неработающего населения никаких четких рамок не существует. Единого тарифа по ОМС за неработающих россиян нет. Каждый регион в зависимости от приоритетов устанавливается свой размер платежа. И разброс, поверьте, очень велик: от 300 рублей в год на одного человека до 15 тыс. Но страховая система не может работать, если не определен размер страхового взноса. Новый законопроект предусматривает, что по истечении переходного периода будет установлен единый для всей страны минимальный размер платежа за неработающее население, ниже которого ни один регион не сможет установить собственную планку. Поскольку финансовое положение субъектов Федерации отличается, будут разработаны и территориальные коэффициенты, которые учтут климатические условия, уровень заболеваемости, смертности и другие факторы.

*Какая роль отводится страховщикам в новой системе?*

– Сегодня в ОМС работает 105 страховых компаний. Среди них есть крупные, а есть и небольшие, региональные. Причем три крупнейшие страхуют около 40% всего населения. Сегодня очевидно, что страховщик, работающий в ОМС, должен иметь современную инфраструктуру, развитую филиальную сеть, чтобы обеспечить комфортный контакт с потребителем услуг. Если говорить объективно, страховых компаний на этом рынке не должно быть много. Я думаю, их число будет уменьшаться уже в ближайшее время. Потому что более мощная страховая компания сможет предложить и более полный пакет услуг для гражданина, и массу дополнительных сервисов: многоканальный телефон, круглосуточный консультанта, помощь в другом регионе и так далее.

*Вы планируете ввести аккредитацию для страховщиков?*

– Нет, мы не хотим применять административные рычаги. Единственное, что предполагается сделать, –

это увеличить требования к уставному капиталу страховых медицинских компаний. Им пока оставили требования к уставному капиталу на прежнем уровне – 30 млн рублей. Мы будем предлагать поднять эту планку. Естественно, это произойдет не с 1 января 2011 года, а в перспективе. Так что у компаний есть время обдумать, определиться, смогут ли они заниматься этим видом страхования.

*Нужно ли мотивировать страховые компании работать на этом рынке? У многих достаточно скептическое отношение к ОМС как к нерыночному виду страхования?...*

– При всем скептическом отношении конкуренция среди страховщиков здесь достаточно высокая. В каждом конкурсе на страхование неработающего населения, которые пока еще проводятся в субъектах Федерации, участвует три-четыре компании, а то и больше. Надо понимать, что ОМС – особый вид страхования, это государственное социальное страхование. И когда государство берет определенные обязательства, оно не может полностью отдать сферу своей ответственности коммерческим структурам. Это привело бы к существенному повышению тарифов, созданию значительных резервов в страховых компаниях, появлению компаний-перестраховщиков... Сегодня предлагается закрепить четкие размеры резервов для страховщиков и определенные экономические стимулы, направленные на повышения качества работы страховых организаций в системе.

*Насколько выгодно работать страховщикам в ОМС? Каковы их комиссионные?*

– Из 500 млрд рублей, которые сегодня составляют бюджет ОМС, страховщики в прошлом году получили 7 млрд. На самом деле это не так много. Устанавливается верхний предел вознаграждения для страховой компании в объеме 1,5% от количества средств, которые через нее проходят. Так что страховщики тоже будут заинтересованы привлекать как можно больше клиентов, бороться за них, а в итоге повышать качество обслуживания.

*Как будет контролироваться качество оказанных медицинских услуг?*

– В законопроекте прописаны экспертные обязанности страховой компании и территориальных фондов. И никто не отменял контроль со стороны Росздравнадзора за тем, как оказывается медпомощь.

*А если у человека вымогают деньги за лечение, куда ему обращаться?*

– Наша задача сделать так, чтобы у него не вымогали деньги. А это произойдет тогда, когда клиники будут за-

интересованы в привлечении пациентов. Когда стремишься удержать клиента, нет смысла вымогать у него деньги за лечение. Человек просто развернется и уйдет в другую клинику, где с него не потребуют незаконной платы. Мы стремимся создать такую систему ОМС, когда вымогательство не будет иметь экономического смысла.

*Сегодня много говорят о едином электронном полисе. Зачем он нужен?*

– Единый электронный полис позволит получать бесплатную медицинскую помощь на всей территории страны, независимо от места прописки или места реального жительства. Сегодня у нас количество застрахованных по ОМС больше, чем население страны. Это происходит из-за того, что не налажен учет, люди переезжают из региона в регион, но остаются застрахованными по прежнему месту прописки и страхуются на новом месте проживания. Сегодня все сведения децентрализованы. Подобное дублирование будет исключено благодаря единым электронным полисам. Это поможет создать единую базу данных о застрахованных. К тому же обеспечит для пациентов доступ к части медуслуг в электронном виде – например, можно будет записаться на прием или получить результаты анализов. Переход на новые электронные полисы будет поэтапным, начиная с 2011 года.

*Со следующего года ставка страховых взносов на ОМС для работодателей повысится с 3,1 до 5,1%. На какие цели будут потрачены полученные средства?*

– В составе Федерального фонда ОМС предусматривается создание фонда модернизации здравоохранения субъектов Федерации, который будет аккумулировать с 2011 года все средства, полученные от увеличения ставки страховых взносов. По нашим оценкам, за два года эта сумма составит около 460 млрд рублей. Эти средства пойдут на модернизацию здравоохранения во всех регионах по трем направлениям. Основная часть – 300 млрд рублей предназначена для модернизации материально-технической базы медучреждений. Это и капитальный ремонт, и оснащение оборудованием. 24 млрд рублей планируется направить на информатизацию здравоохранения. Эти средства пойдут на введение электронного полиса ОМС, создание телекоммуникационных систем медицинских учреждений. 136 млрд предусмотрено на обеспечение стандартов оказания медицинской помощи и на софинансирование медпомощи для пенсионеров и неработающих граждан. При этом региональные власти должны будут разработать свои программы модернизации здравоохранения с конкретным планом действий.

*А какая сумма сегодня приходится на одного застрахованного по ОМС? Как она изменится с принятием закона?*

Сейчас на каждого застрахованного в среднем приходится 3 тыс. рублей в год. Начиная с 2011 года эта сумма увеличится до 5–6 тыс. рублей. В тарифах всегда надо исходить из возможностей государства. Поэтому наша задача – эффективно использовать те средства, которые в системе имеются. А они немалые – порядка 1,5 трлн рублей.

*А как будут распределены функции между территориальными фондами, страховщиками и федеральным фондом?*

– На самом деле разделение очень простое. Все, что связано с контактами с человеком или медучреждением, – это в зоне компетенции страховых компаний. Они выдают полис, они сопровождают человека при получении медпомощи – это их поле. Что делает территориальный фонд? Он наделяет страховые компании по единому принципу средствами в зависимости от количества застрахованных. И контролирует, как работают страховщики. Федеральный фонд аккумулирует средства в ОМС и в целом отвечает за организацию работы. Так что все роли достаточно четко распределены и пересечений нет.

*Когда планируется рассмотреть законопроект?*

– Сейчас уже законопроект одобрен в Минздраве и направлен для рассмотрения во все заинтересованные ведомства. До 3 июня планируется внести его в

правительство. Мы рассчитываем, что первое чтение в Госдуме он пройдет в весеннюю сессию. Безусловно, законопроект будет широко обсуждаться не только в среде страховщиков или медиков, но и среди россиян. Рассчитываем, что он будет принят до конца года, а с 2011-го вступит в силу.

*Скептики говорят, что новый законопроект – всего лишь косметический ремонт полуразрушенного здания, которое нуждается в кардинальной перестройке...*

– Я не согласен с этим утверждением. Мы прикоснулись к очень сложному вопросу. Наша задача как разработчиков была не навредить. Совершенствовать систему, но не выбросить то лучшее, что уже есть, не создавать нормы, которые будут мешать. Стремление изобрести что-то совершенно новое и абсолютно гениальное – эфемерно. Я бы хотел предостеречь от такого подхода. На самом деле ситуация гораздо сложнее. Мы не начинаем реформу с чистого листа, не рисуем эту схему с нуля. У нас есть сложившиеся условия, в которых мы работаем, и переход должен быть эволюционным, чтобы он не повлек за собой нежелательных последствий, тем более что реформа обязательного медицинского страхования затрагивает интересы миллионов людей, практически всего населения страны.

*Журнал «Финанс» №19 от 31.05.2010  
Стр. 54-56*

## В Новосибирском, Смоленском и Челябинском областных фондах ОМС назначены новые руководители



**Гамарник Елена Вячеславовна** назначена на должность генерального директора Новосибирского областного фонда обязательного медицинского страхования распоряжением губернатора Новосибирской области от 22.04.2010 №408-рк.

Гамарник Е.В., 1974 года рождения, в 1996 году окончила Новосибирскую государственную академию водного транспорта по специальности «Экономика и управление на предприятии».

С 1996 года работает в Новосибирском областном фонде обязательного медицинского страхования в должностях ведущего специалиста отдела ценообразования, анализа и прогнозирования, заместителя начальника отдела ценообразования, анализа и прогнозирования, начальника отдела ценообразования, анализа и прогнозирования, заместителя генерального директора НОФОМС.

Гамарник Е.В. награждена Почетными грамотами губернатора Новосибирской области, Федерального фонда ОМС, Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.



**Шматков Андрей Александрович** назначен на должность исполнительного директора Смоленского областного фонда обязательного медицинского страхования с 24 мая 2010 года распоряжением администрации Смоленской области от 21 мая 2010 года №666р/адм.

Шматков А.А. в 1990 году окончил Смоленский государственный медицинский институт. С 1990 г. врач-интерн по урологии Смоленской областной клинической больницы. С 1991 по 1996 гг. – генеральный директор производственно-торговой фирмы Тс ОО «Анигейс» г.Смоленск. В 1996-1999 гг. – президент фирмы ООО «Некор». С 1999 по 2001 гг. – исполнительный директор Смоленского областного внебюджетного экологического фонда. В 2001-2004 гг. – директор ГУ «Экологический фонд» Смоленской области. С 2005 по 2010 гг. – депутат Смоленской областной Думы, осуществляющей полномочия на профессиональной постоянной основе.



**Вербитский Михаил Григорьевич** назначен на должность исполнительного директора Челябинского областного фонда обязательного медицинского страхования распоряжением правительства Челябинской области от 12.05.2010г. №11-рп.

Вербитский М.Г. родился в 1961 году в городе Челябинске. Образование высшее, в 1988 году окончил Челябинский государственный медицинский институт по специальности «Лечебное дело». Медицинский стаж более 20 лет, прошел путь от санитаря до врача- реаниматолога. До настоящего времени – главный врач Городской клинической больницы №8. С 13 мая 2010 года занимает должность исполнительного директора Челябинского областного фонда обязательного медицинского страхования.

Депутат Челябинской городской думы. С 2009 года входит в состав постоянных комиссий: по экономике, муниципальному имуществу и городской инфраструктуре, а также по социальной политике.

## В Федеральном фонде ОМС проведен брифинг для представителей СМИ о деятельности ФОМС по защите прав застрахованных граждан в системе ОМС

12 мая 2010 г. представителям ведущих СМИ была представлена «Памятка застрахованному в системе обязательного медицинского страхования», разработанная и изданная Федеральным фондом обязательного медицинского страхования. Начальник управления организации ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования С.Г. Кравчук информировала о деятельности ФОМС по защите прав застрахованных граждан.

Обязательное медицинское страхование в нашей стране обеспечивает равные возможности в получении бесплатной, своевременной и качественной медицинской и лекарственной помощи за счет средств ОМС всем гражданам и на всей территории Российской Федерации. Федеральный фонд ОМС реализует государственную политику в области ОМС.

К сожалению, в настоящее время граждане не всегда знают о своих правах и обладают недостаточной информацией о возможностях, предоставляемых системой ОМС.

«Не все знают о том, что, к примеру, для вызова скорой медицинской помощи наличие полиса ОМС не является необходимым, более того, скорая медицинская помощь оказывается не только гражданам РФ, а всем, кто в ней нуждается», – пояснила С.Г. Кравчук.

По полису ОМС граждане могут получить медицинскую помощь в любом субъекте Российской Федерации. Страховые медицинские организации и территориальные фонды ОМС принимают все меры для того, чтобы полис действительно был документом, удостоверяющим право гражданина на бесплатную медицинскую помощь. Помощь должна быть оказана там, где она необходима пациенту, а оплата медицинских услуг страховой компанией проводится по месту страхования.

При этом в страховую компанию или территориальный фонд ОМС с любым вопросом или жалобой человек может обратиться не только по месту оформления полиса, но и в любом российском городе, где у него возникли трудности. Во многих страховых компаниях сегодня работают круглосуточные телефонные службы,



Проведение брифинга в конференц-зале ФОМС для представителей СМИ

где можно получить ответы на основные вопросы: являются ли предложенная услуга или лекарство платными, имеет ли право лечебное учреждение отказать вам в той или иной услуге и пр.

Каждый обладатель полиса ОМС имеет право не только на выбор страховой компании и лечебного учреждения, но и конкретного специалиста. В случае загруженности врача сверх нормы пациент должен получить своевременную консультацию специалиста данного профиля в другом медицинском заведении.

В памятке, разработанной и выпущенной ФОМС, содержится информация по основным вопросам, которые могут возникнуть у обладателя полиса ОМС. В какие лечебные учреждения можно обращаться? Что делать, если в поликлинике требуют оплату? Можно ли вернуть деньги, если пациент был вынужден заплатить за услуги и лекарства? Как действует полис ОМС, если обратиться за помощью пришлось не по месту прописки? Памятка содержит ответы на эти и многие другие вопросы, а также перечень и контакты территориальных фондов ОМС субъектов РФ.

Решением проблем, связанных с организацией защиты прав застрахованных, занимается специально созданный при Федеральном фонде ОМС межрегиональный

координационный совет по организации защиты прав граждан в системе ОМС, который изучает опыт работы субъектов РФ по обеспечению и защите прав граждан в системе ОМС и разрабатывает методические рекомендации по ее совершенствованию.

«В настоящее время координационный совет или коллегиальные структуры, выполняющие аналогичные функции, действует в 80-ти субъектах РФ. В состав этих организаций обязательно входят представители уполномоченных по правам человека, представители системы здравоохранения, медицинских страховых компаний и научных организаций», – пояснила С.Г.Кравчук.

Граждане довольно часто обращаются с вопросами о работе системы ОМС. За 2009 год Федеральным фондом ОМС, территориальными фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями рассмотрено 15,8 млн обращений. 86,1 % от общего количества обращений составляют заявления о выдаче или обмене медицинского полиса. В 2009 году было зарегистрировано 70 344 жалобы, или 0,5 % от общего количества обращений, в 2008 году обращений с жалобами было 86 708, что составило 0,7 %.

Наибольший процент жалоб, как и в прежние годы, приходится на вопросы взимания денежных средств за медицинскую помощь и лекарственные препараты по программам ОМС, условия организации работы медицинских учреждений, сроки ожидания поликлинической и стационарной медицинской помощи, лекарственное обеспечение и отказы в медицинской помощи. Каждое обращение рассматривается СМО (ТФОМС) в соответствии с законодательством, при необходимости проводятся экспертизы качества оказания услуг.

Поводом для проведения экспертизы является не только поступление жалобы, но и случаи летальных исходов и получения степени первичной инвалидности в медицинских организациях. В 2009 году проведено порядка

3-х млн экспертиз качества оказания медицинской помощи. По каждому рассматриваемому случаю принимаются решения: пациентам возвращаются необоснованно взятые деньги, применяются соответствующие санкции к врачам и сотрудникам медицинских учреждений (вплоть до увольнения), допустивших нарушение договора ОМС.

За грубые нарушения условий договора с лечебных учреждений взыскиваются средства. В течение 2009 года взыскано порядка 13 млрд рублей. Около 75% данной суммы взыскано по организации медицинской помощи, 25% – по ее качеству. Все средства возвращаются в страховые медицинские организации для оплаты счетов в рамках системы ОМС. Страховые медицинские организации не только оплачивают счета лечебных учреждений, но и контролируют качество оказания медицинской помощи, организуют проведение экспертиз и следят за соблюдением прав застрахованных на получение квалифицированной и своевременной бесплатной помощи.

В настоящее время в системе ОМС большое внимание уделяется информированию граждан: представители СМО и фондов ОМС выступают в СМИ, выпускаются и распространяются информационные справочники и буклеты, размещаются информационные стенды в лечебных учреждениях и публичных местах.

Если гражданину необходима консультация или у него имеются жалобы на медицинское обслуживание, в первую очередь необходимо обратиться в страховую медицинскую организацию, оформившую полис ОМС (ее телефон обязательно должен быть указан на полисе). В территориальные фонды ОМС вы можете обращаться как с вопросами по работе системы ОМС, так и с жалобами на получение помощи. Контакты всех территориальных фондов ОМС указаны в «Памятке застрахованному в системе обязательного медицинского страхования».



### Памятка застрахованному в системе обязательного медицинского страхования

Памятка застрахованному в системе обязательного медицинского страхования. - М.: Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, 2010. - 12 с.: табл.

## Памятка застрахованному в системе обязательного медицинского страхования

*В соответствии с Конституцией Российской Федерации каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.*

**Обязательное медицинское страхование** является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования.

Каждый гражданин, имеющий страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования, имеет право на получение бесплатной, своевременной, качественной медицинской помощи в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования, независимо от территории страхования.

Законом Российской Федерации от 28.06.1991 №1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» определены **права граждан в системе медицинского страхования на:**

- ❖ **получение бесплатной и качественной медицинской помощи** на всей территории Российской Федерации, в том числе за пределами постоянного места жительства;
- ❖ получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса;
- ❖ выбор медицинского учреждения и врача с учетом его согласия, в соответствии с договором обязательного медицинского страхования;
- ❖ выбор страховой медицинской организации;
- ❖ предъявление иска страхователю, страховой ме-

дицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба, независимо предусмотрено это или нет в договоре медицинского страхования;

- ❖ иностранные граждане, постоянно проживающие в Российской Федерации, имеют такие же права и обязанности в области медицинского страхования, как и граждане Российской Федерации, если международными договорами не предусмотрено иное;
- ❖ на территории Российской Федерации лица, не имеющие гражданства, имеют такие же права и обязанности в системе медицинского страхования, как и граждане Российской Федерации.

**В любом медицинском учреждении в соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (от 22.07.1993 № 5487-1) пациент имеет право на:**

- ❖ уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
- ❖ обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- ❖ облегчение боли, связанной с заболеваниями и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
- ❖ сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе, иных сведений, полученных при обследовании и лечении;
- ❖ информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- ❖ отказ от медицинского вмешательства;
- ❖ получение информации о своих правах и обязанностях;
- ❖ получение доступной информации о состоянии своего здоровья;
- ❖ допуск адвоката или иного законного представителя для защиты своих прав.

**Виды и условия оказания медицинской помощи**, предоставляемой гражданам в Российской Федерации бесплатно, определены ежегодно утверждаемой Правительством Российской Федерации Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с Программой государственных гарантий утверждают территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, включающие в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования.

**Порядок и условия оказания медицинской помощи** устанавливаются нормативными правовыми актами органа государственной власти субъекта Российской Федерации в соответствии с законодательством Российской Федерации и Программой государственных гарантий.

**Территориальная программа государственных гарантий** включает в себя:

— перечень заболеваний и видов медицинской помощи, предоставляемой гражданам бесплатно за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации и средств бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования;

— порядок реализации установленного законодательством Российской Федерации права внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в учреждениях здравоохранения субъекта Российской Федерации и муниципальных образований;

— перечни жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств и изделий медицинского назначения, необходимых для оказания стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи (в случае создания службы неотложной медицинской помощи);

— перечень лекарственных средств, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен;

— перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы.

**В рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования предостав-**

**ляется первичная медико-санитарная неотложная и специализированная медицинская помощь, предусматривающая, в том числе обеспечение необходимыми лекарственными средствами в соответствии с законодательством Российской Федерации:**

1. Амбулаторная медицинская помощь предоставляется гражданам при заболеваниях, травмах, отравлениях и других патологических состояниях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения, изоляции и использования интенсивных методов лечения, а также при беременности и искусственном прерывании беременности на ранних сроках (абортах).

2. Стационарная медицинская помощь предоставляется гражданам в случаях заболеваний, в том числе острых, обострения хронических заболеваний, отравлений, травм, патологии беременности, родов, абортов, а также в период новорожденности, которые требуют круглосуточного медицинского наблюдения, применения интенсивных методов лечения и (или) изоляции, в том числе по эпидемическим показаниям.

3. Медицинская помощь в дневных стационарах всех типов.

**Ознакомиться с территориальной программой государственных гарантий граждане имеют право**

в учреждении здравоохранения, страховой медицинской организации, выдавшей им страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования, органе управления здравоохранением, в территориальном фонде обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, в средствах массовой информации, на сайтах территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

**Платные медицинские услуги** предоставляются гражданам сверх гарантированных государством объемов бесплатной медицинской помощи.

**Нарушениями прав граждан на получение бесплатной и качественной медицинской помощи считаются:**

- ✓ незаконное взимание врачами и средним медицинским персоналом медицинских организаций денежных средств за оказание медицинской помощи (предоставление услуг), предусмотренной Программой государственных гарантий;
- ✓ незаконное взимание денежных средств в кассу медицинских организаций за оказание за плату медицинской помощи (предоставление услуг),

предусмотренной Программой государственных гарантий;

- ✓ незаконное взимание денежных средств за выдачу направлений на лечение, рецептов на отпуск лекарственных средств;
- ✓ приобретение за счет средств пациентов лекарственных средств и изделий медицинского назначения из утвержденного территориальной программой государственных гарантий перечня жизненно необходимых лекарственных средств и изделий медицинского назначения;
- ✓ несоблюдение сроков предоставления плановой медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий;
- ✓ отказ в оказании медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

**Страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования** — документ, удостоверяющий заключение договора по обязательному медицинскому страхованию граждан.

Страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования удостоверяет, что оплату оказанной медицинской помощи производит страховая медицинская организация, выдавшая полис.

**В случае необходимости получения медицинской помощи застрахованным, не имеющим возможности предъявить страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования,** он указывает застраховавшую его страховую медицинскую организацию или обращается за подтверждением в территориальный фонд обязательного медицинского страхования, которые обязаны подтвердить медицинской организации факт страхования и обеспечить застрахованного страховым медицинским полисом обязательного медицинского страхования.

**Страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования выдается гражданину бесплатно.**

**Страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования подлежит обязательному обмену** при перемене места работы, при увольнении с работы или уходе на пенсию с прекращением трудовой деятельности, при перемене места жительства, изменении имени и фамилии, при окончании

срока действия полиса, если он не продлен специальными решениями.

При увольнении с постоянного места работы работающий гражданин сдает администрации предприятия выданный ему ранее страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования и получает новый страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования у работодателя на другом месте работы.

При смене постоянного места жительства неработающие граждане получают страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования в страховой медицинской организации, заключившей договор обязательного медицинского страхования неработающего населения с органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации по новому месту жительства.

В случае утраты страхового медицинского полиса обязательного медицинского страхования застрахованный обязан лично или через представителя страхователя известить об этом страховщика в письменном или устном виде с указанием обстоятельств утраты полиса. Страховщик обязан обеспечить застрахованного дубликатом полиса. Утраченный полис считается недействительным, о чем сообщается заинтересованным медицинским учреждениям и территориальному фонду обязательного медицинского страхования.

**Страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования действителен на всей территории Российской Федерации.** Любой отказ в медицинской помощи по причине предъявления страхового медицинского полиса обязательного медицинского страхования, выданного вне территории страхования, неправомерен.

Защиту прав застрахованного при обращении за медицинской помощью осуществляет страховая медицинская организация, выдавшая страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования.

Медицинские организации не вправе отказывать гражданам в предоставлении медицинской помощи, включенной в территориальную программу обязательного медицинского страхования.

В случае отказа медицинской организации в оказании бесплатной медицинской помощи застрахованный гражданин вправе обратиться за защитой своих прав в страховую медицинскую организацию, выдавшую полис, или в территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

**Обязанности страховой медицинской организации:**

- ➔ выдать гражданину страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования;
- ➔ оплатить медицинскую помощь, оказанную гражданину в медицинской организации;
- ➔ обеспечивать защиту прав и законных интересов в системе обязательного медицинского страхования, в том числе и в судебном порядке;
- ➔ информировать граждан о правах на получение бесплатных медицинских услуг, оказываемых в объеме и на условиях территориальной программы обязательного медицинского страхования, перечне медицинских учреждений, предоставляющих медицинскую помощь по территориальной программе обязательного медицинского страхования, порядке организации приема застрахованных, правах пациента;
- ➔ контролировать объем, сроки и качество оказания медицинской помощи;
- ➔ осуществлять прием заявлений, жалоб и обращений, в том числе, о нарушении прав при получении медицинской помощи в медицинских учреждениях, действующих в системе обязательного медицинского страхования и принимать по ним решения в соответствии с действующим законодательством (срок рассмотрения заявления — один месяц).

*Если Ваши права в системе обязательного медицинского страхования нарушены, незамедлительно обращайтесь в страховую медицинскую организацию, в которой Вы застрахованы по обязательному медицинскому страхованию. Название и телефон страховой медицинской организации указаны на Вашем страховом медицинском полисе обязательного медицинского страхования.*

**Список  
территориальных фондов обязательного  
медицинского страхования субъектов  
Российской Федерации:  
телефоны, адреса**

Субъект РФ	Телефон	Местонахождение ТФОМС
<b>Центральный федеральный округ</b>		
Белгородская обл.	(4722) 26-74-96, 34-66-39	308002, г. Белгород, ул. Мичурина, д. 62
Брянская обл.	(4832) 66-17-10, 64-60-07	241011, г. Брянск, ул. Софьи Перовской, д. 83
Владимирская обл.	(4922) 53-54-78	600005, г. Владимир, Ок- тябрьский проспект, д. 47-А
Воронежская обл.	(4732) 52-19-66	394026, г. Воронеж, Москов- ский проспект, д. 4
Ивановская обл.	(4932) 56-64-94	153038, г. Иваново, проспект Строителей, д. 21
Калужская обл.	(4842) 76-25-83	248010, г. Калуга, ул. Чиче- рина, д. 7
Костромская обл.	(4942) 31-59-54	156013, г. Кострома, ул. Ле- нина, д. 20, офис 300
Курская обл.	(4712) 53-78-39	305029, г. Курск, Ломакина ул., д. 17-А
Липецкая обл.	(4742) 77-63-55	398059, г. Липецк, ул. М. Горького, д. 2
Московская обл.	(495) 223-71-36 (доб. 11-69, доб. 11-72)	114115, г. Москва, Дербен- невская наб., д. 7, стр. 1
Орловская обл.	(4862) 72-31-02, 77-99-05	302016, г. Орел, ул. Комсо- мольская, д. 231
Рязанская обл.	(4912) 75-36-06, 98-58-13	390026, г. Рязань, ул. 6-я линия, д. 6
Смоленская обл.	(4812) 65-67-38	214025, г. Смоленск, ул. Вя- земская, д. 3
Тамбовская обл.	(4752) 47-35-82	392000, г. Тамбов, ул. Ком- мунальная, д. 18
Тверская обл.	(4822) 35-74-53, 35-37-23	170100, г. Тверь, ул. Воло- дарского, д. 24
Тульская обл.	(4872) 36-83-04	300041, г. Тула, Красно- армейский пр-т, д. 7
Ярославская обл.	(4852) 73-32-09	150052, г. Ярославль, ул. Чкалова, д. 2
г. Москва	(495) 952-93-21	117152, г. Москва, Загород- ное шоссе, 18-А

Продолжение приложения

Субъект РФ	Телефон	Местонахождение ТФОМС
<b>Северо-Западный федеральный округ</b>		
Архангельская обл.	(8182) 20-64-32, 65-70-75	163000, г. Архангельск, ул. Чумбарова-Лучинского, д. 39, корп. 1
Вологодская обл.	(8172) 71-48-81	160017, г. Вологда, Тепличный микрорайон, д. 8-А
г. Санкт-Петербург	(812) 703-14-04	196084, г. Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, д. 9, литер «А» (Московский пр., д. 120)
Калининградская обл.	(4012) 93-50-74	236000, г. Калининград, ул. Космонавта Леонова, д. 49
Ленинградская обл.	(812) 230-56-20	197110, Санкт-Петербург, Крестовский пр., д. 18-А
Мурманская обл.	(8152) 42-00-17	183038, г. Мурманск, пр. Ленина, д. 89
Ненецкий АО	(81853) 4-28-15	166000, г. Нарьян-Мар, ул. Пырерка, д. 15
Новгородская обл.	(8162) 79-70-26	173015, г. Великий Новгород, ул. Октябрьская, д. 12, к. 1
Псковская обл.	(8112) 57-11-09	180007, г. Псков, ул. Розы Люксембург, д. 12
Республика Карелия	(8142) 59-07-00	185011, г. Петрозаводск, ул. Торнева, д. 5-А
Республика Коми	(8212) 21-56-03	167983, г. Сыктывкар, ул. Ленина, д. 49
<b>Южный федеральный округ</b>		
Астраханская обл.	(8512) 25-07-97, 25-19-11	414056, г. Астрахань, ул. Татищева, д. 2, литер 3
Волгоградская обл.	(8442) 97-32-94	400001, г. Волгоград, ул. Канунникова, д. 5
Краснодарский край	(861) 215-24-62	350020, г. Краснодар, ул. Красная, д. 176
Республика Адыгея	(8772) 52-18-17, 52-36-26	385000, г. Майкоп, ул. Краснооктябрьская, д. 43
Республика Калмыкия	(84722) 4-22-37	358005, г. Элиста, ул. Эвта, д. 3
Ростовская обл.	(863) 290-45-81	344000, г. Ростов-на-Дону, проспект Соколова, д. 81

Субъект РФ	Телефон	Местонахождение ТФОМС
<b>Северо-Кавказский федеральный округ</b>		
Кабардино-Балкарская Республика	(8662) 77-82-78	360000, г. Нальчик, ул. Шогенцукова, д. 42
Карачаево-Черкесская Республика	(87822) 27-46-81	369012, г. Черкесск, ул. Парковая, д. 13
Республика Дагестан	(8722) 55-01-66	367008, г. Махачкала, ул. Ляхова, д. 47-А
Республика Ингушетия	(8732) 22-21-73	386102, г. Назрань, ул. Победы, д. 3
Республика Северная Осетия — Алания	(8672) 25-03-52, 75-43-13	362003, г. Владикавказ, ул. К. Маркса, д. 48
Ставропольский край	(8652) 94-11-35	355012, г. Ставрополь, ул. Ленина, д. 184
Чеченская Республика	(8712) 29-42-61	364014, г. Грозный, ул. Ипподромная, д. 5
<b>Приволжский федеральный округ</b>		
Кировская обл.	(8332) 38-15-07, 38-10-17	610000, г. Киров, ул. Московская, д. 4
Нижегородская обл.	(831) 438-32-25	603089, г. Н. Новгород, ул. Полтавская, д. 26
Оренбургская обл.	(3532) 98-15-25	460014, г. Оренбург, пер. Фабричный, д. 19
Пензенская обл.	(8412) 55-97-28, 55-97-62	440039, г. Пенза, ул. Крупской, д. 3
Пермский край	(342) 291-50-87	614060, г. Пермь, ул. Уральская, д. 119
Республика Башкортостан	(347) 273-39-00	450077, г. Уфа, ул. Ленина, д. 37
Республика Марий-Эл	(8362) 41-51-01	424003, г. Йошкар-Ола, ул. Панфилова, д. 41
Республика Мордовия	(8342) 47-47-27	430011, г. Саранск, ул. Загородная, д. 10
Республика Татарстан	(843) 291-95-60	420111, г. Казань, ул. Право-Булачная, д. 5
Самарская обл.	(846) 998-27-21	443082, г. Самара, ул. Владимирская, д. 60
Саратовская обл.	(8452) 23-88-02	410012, г. Саратов, проспект Кирова, д. 10/12
Удмуртская Республика	(3412) 63-46-75, 63-44-97	426035, г. Ижевск, ул. Репина, д. 22
Ульяновская обл.	(8422) 42-16-36	432063, г. Ульяновск, ул. Ленина, д. 97
Чувашская Республика	(8352) 63-24-25	428013, г. Чебоксары, ул. Калинина, д. 66

Окончание приложения

Субъект РФ	Телефон	Местонахождение ТФОМС
<b>Уральский федеральный округ</b>		
Курганская обл.	(3522) 42-21-40	640018, г. Курган, ул. Советская, д. 81
Свердловская обл.	(343) 362-90-25	Юридический адрес: 620077, г. Екатеринбург, пл. Октябрьская, д. 1; местонахождение и почтовый адрес: 620062, г. Екатеринбург, проспект Ленина, д. 60-А
Тюменская обл.	(3452) 23-24-64	625000, г. Тюмень, ул. Советская, д. 65, корп. 2
Ханты-Мансийский АО — Югра	(3467) 35-86-97	628002, г. Ханты-Мансийск, ул. Спортивная, д. 7
Челябинская обл.	(351) 264-42-32, 266-67-56	454091, г. Челябинск, пл. МОПРа, д. 8-А
Ямало-Ненецкий АО	(34922) 3-59-12, 3-59-14	629007, г. Салехард, ул. Зои Космодемьянской, д. 59
<b>Сибирский федеральный округ</b>		
Алтайский край	(3852) 63-54-11	656049, г. Барнаул, проспект Красноармейский, д. 72
Забайкальский край	(3022) 32-08-49	672000, г. Чита, ул. Бутина, д. 21
Иркутская обл.	(3952) 33-26-22	664022, г. Иркутск, ул. 3 Июля, д. 20, а/я 47
Кемеровская обл.	(3842) 58-86-29, 36-25-09	650000, г. Кемерово, ул. Красноармейская, д. 136
Красноярский край	(391) 256-69-01	660021, г. Красноярск, ул. Копылова, 2-Б
Новосибирская обл.	(383) 218-47-21	630091, г. Новосибирск, Красный проспект, д. 80
Омская обл.	(3812) 36-23-51	644010, г. Омск, ул. Масленникова, д. 68
Республика Алтай	(38822) 2-43-86	649000, г. Горно-Алтайск, ул. Чорос Гуркина, д. 38
Республика Бурятия	(3012) 43-15-60	670047, г. Улан-Удэ, ул. Пирогова, д. 10-А
Республика Тыва	(39422) 2-15-02	667000, г. Кызыл, ул. Красноармейская, д. 76
Республика Хакасия	(3902) 24-37-69, 22-27-75	655017, г. Абакан, ул. Пушкина, д. 199-Б
Томская обл.	(3822) 56-37-21	634034, г. Томск, ул. Учебная, д. 39/1

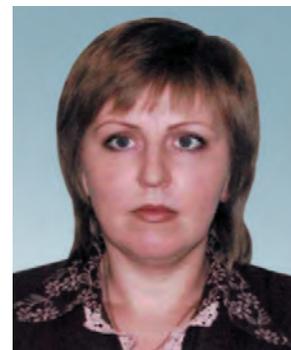
Субъект РФ	Телефон	Местонахождение ТФОМС
<b>Дальневосточный федеральный округ</b>		
Амурская обл.	(4162) 59-39-25	675000, г. Благовещенск, ул. Зейская, д. 148
Еврейская АО	(42622) 6-16-91	679000, г. Биробиджан, проспект 60-летия СССР, д. 24
Камчатский край	(4152) 43-41-28	683000, г. Петропавловск-Камчатский, ул. Радиосвязи, д. 26
Магаданская обл.	(4132) 63-96-31	685000, г. Магадан, ул. Пушкина, д. 6
Приморский край	(4232) 43-12-33	690091, г. Владивосток, ул. Пологая, д. 21
Республика Саха (Якутия)	(4112) 42-91-39	677027, г. Якутск, ул. Кирова, д. 21-Б
Сахалинская обл.	(4242) 42-49-59	693000, г. Южно-Сахалинск, ул. Дзержинского, д. 23, оф. 115
Хабаровский край	(4212) 30-28-77	680000, г. Хабаровск, ул. Фрунзе, д. 69.
Чукотский АО	(42722) 2-09-34	689000, г. Анадьрь, ул. Отке, д. 39
Байконур	(33622) 5-62-31	468320, Байконур, ул. Гагарина, д. 13

**С.Г. Кравчук, С.В. Приль**  
Федеральный фонд ОМС

## О реализации территориальных программ ОМС в субъектах Российской Федерации в 2009 году<sup>1</sup>



**С.Г. Кравчук,**  
начальник Управления  
организации ОМС ФОМС



**С.В. Приль**  
начальник отдела мето-  
дологии, программно-це-  
левого планирования и  
анализа системы ОМС

### I. Общие положения

В 2009 году система обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) была представлена 84 территориальными фондами ОМС, 106 страховыми медицинскими организациями (далее – СМО), в т.ч. 246 филиалами.

Численность граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, на 01.01.2009 составила 142 635,3 тыс. чел., что больше уровня 2008 года на 0,1%.

Реализация территориальных программ обязательного медицинского страхования (далее – территориальные программы ОМС) осуществлялась в 83 субъектах Российской Федерации и в г. Байконуре.

Основанием для реализации территориальных программ ОМС в 2009 году являлись постановления прави-

тельства Российской Федерации от 05.12.2008 № 913 «О Программе государственных гарантий оказания населению Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009 год», и письмо Минздравсоцразвития России от 31.12.2008 № 10407-ТГ «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009 год», в соответствии с которыми органы государственной власти субъектов Российской Федерации утвердили нормативные правовые акты о территориальных программах государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи.

<sup>1</sup> Анализ реализации территориальных программ ОМС за 2009 год проводился на основании нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации об утверждении территориальных программ государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью, а также статистических данных, полученных по результатам статистической обработки формы федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения об оказании и финансировании медицинской помощи населению» за 2009 год, утвержденной приказом Росстата от 29.07.2009 № 154 «Об утверждении статистического инструментария для организации Минздравсоцразвития России федерального статистического наблюдения в сфере здравоохранения».

При анализе формы федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения об оказании и финансировании медицинской помощи населению» за 2009 год ФОМС использовали сведения, представленные территориальными фондами ОМС по формам ведомственного статистического наблюдения:

- № 8 «Сведения о численности граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию»;
- № 14-Ф «Сведения о поступлении и расходовании средств ОМС медицинскими учреждениями»;
- № 9-Ф (ОМС) «Сведения о поступлении и расходовании средств государственных внебюджетных фондов обязательного медицинского страхования»;
- № 10 «Сведения о поступлении и расходовании средств ОМС страховыми медицинскими организациями».

## II. Стоимость территориальных программ ОМС

Расчетная стоимость базовой программы ОМС в Российской Федерации составила 669 253,9 млн руб. что больше расчетной стоимости 2008 г. на 83,7%, утвержденная – 543 487,79 млн руб., что больше аналогичного показателя 2008 года на 26,3%.

Территориальные программы ОМС в 2009 г. утверждены с недостатком финансирования в 76 субъектах Российской Федерации, величина которого колеблется от 0,9% во Владимирской области до 49,2% в Республике Ингушетия, 45,7% в Ханты-Мансийском автономном округе, 45,5% в Республике Мордовия, 44,1% в Республике Бурятия.

Разница между расчетной стоимостью территориальных программ ОМС и утвержденными значениями в субъектах Российской Федерации составляет 160 443,2 млн руб. или 24,0%. Для сравнения, в 2008 году дефицит утвержденной стоимости территориальных программ ОМС отмечался в 24 субъектах Российской Федерации на общую сумму 9 074,02 млн руб. или 2,5%. В 2009 году произошло увеличение дефицита в 17,7 раза.

Превышение утвержденной стоимости территориальных программ ОМС над расчетной отмечается в 8 субъектах Российской Федерации: Чукотский автономный округ (91,5%), г. Москва (56,0%), Ленинградская область (14,4%), Тюменская область (28,7%), Забайкальский край (9,4%), Саратовская область (5,5%), Волгоградская область (5,1%), Московская область (0,1%). При этом в Забайкальском крае, Волгоградской и Саратовской областях утвержденная стоимость территориальных программ ОМС не подкреплена соответствующими средствами бюджета территориального фонда ОМС.

Таблица 1. Поступления средств ОМС в бюджеты территориальных фондов ОМС, млн руб.

годы	Средства ОМС	Налоговые поступления	Взносы на ОМС неработающего населения	Прочие поступления
2009	526 982,00	161 979,21	201 173,47	163 829,32
%	100	30,7	38,2	31,1

В целом профицит утвержденных территориальных программ ОМС в отдельных субъектах Российской Федерации составляет 34 678,0 млн руб. или 5,2% к расчетной стоимости территориальных программ ОМС.

В территориальные фонды ОМС поступило средств ОМС (без учета расходов на реализацию приоритетного национального проекта «Здоровье» и расходов на обеспечение необходимыми лекарственными средствами отдельных категорий граждан) – 526 982,00 млн руб.

Объем налоговых поступлений составил в 2009 году 161 979,21 млн. руб. или 30,7% от всех поступивших в бюджеты ТФОМС средств ОМС, что практически соответствует показателю 2008 года (162 108,17 млн руб.).

Объем взносов на ОМС неработающего населения в 2009 году составил 201 173,47 млн. руб. или 38,2%, что превышает аналогичный показатель 2008 года (178 961,31 млн. руб.) на 12,4%.

Объем прочих поступлений составил 163 829,32 млн руб. или 31,1% от всех поступивших средств (Таблица 1).



Рисунок 1. Доля средств ОМС в общем объеме финансирования программы государственных гарантий в 2001-2009 гг.

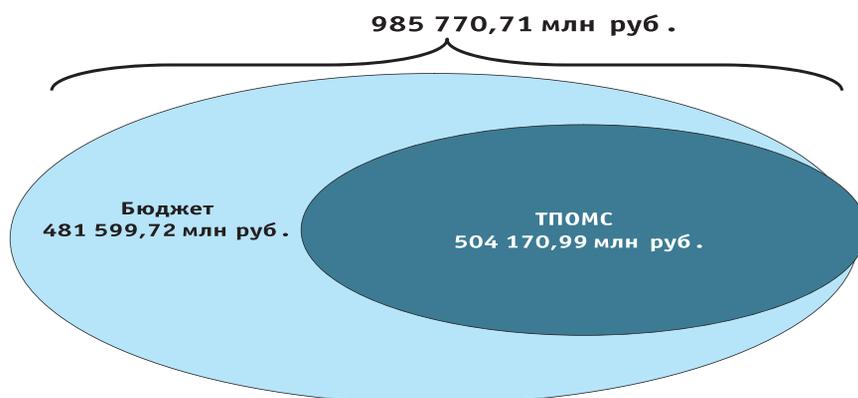


Рисунок 2. Расходы на реализацию ТПГГ в 2009 г.

В течение 2001–2009 гг. отмечается положительная динамика увеличения доли средств ОМС в общем объеме финансирования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

В 2009 году доля средств ОМС в общем объеме финансирования программы государственных гарантий составила 51,1%, в 2008 доля средств ОМС составляла 46,7%, что можно расценить как положительный результат работы органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и территориальных фондов ОМС по переходу медицинских организаций на одноканальное финансирование за счет средств ОМС. Доля средств ОМС колеблется от 87,2% в г. Байконуре до 21,5% в Ханты-Мансийском автономном округе. В 33 субъектах Российской Федерации доля средств ОМС превышает рекомендованные Минздравсоцразвития России 55% (Рисунок 1).

С учетом средств консолидированного бюджета субъектов Российской Федерации на содержание медицинских организаций, участвующих в реализации территориальных программ ОМС фактические расходы на реализацию территориальных программ ОМС в 2009 году составили 632 783,09 млн руб., что на 11,8% больше аналогичного показателя 2008 года (565 935,89 млн руб.).

Средства консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации на содержание медицинских организаций, реализующих территориальные программы ОМС, в структуре составили – 128 612,10 млн руб., что меньше показателя 2008 года (138 869,25 млн руб.) на 7,4%.

Расходы средств ОМС на реализацию территориальных программ ОМС составили 504 170,99 млн руб. (включая затраты на содержание административно-управленче-

ского аппарата территориальных фондов ОМС и на ведение дела СМО), что больше на 18,1% аналогичных расходов 2008 года (427 066,63 млн руб.).

Расходы на содержание административно-управленческого аппарата территориальных фондов ОМС и на ведение дела СМО составили 15 422,26 млн руб., что превышает показатель 2008 года (14 261,51 млн руб.) на 8,1% (Рисунок 2).

Фактический размер средств, израсходованных медицинскими организациями на оказание медицинской помощи в рамках реализации территориальных программ ОМС (без ведения дела), составил в 2009 году 488 748,73 млн руб. что превышает аналогичный показатель 2008 года (412 805,12 млн руб.) на 18,4%.

Средства на исполнение базовой программы ОМС, включая расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, приобретение медикаментов и перевязочных средств, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, стекла химвосуды и прочих материальных запасов, расходы по оплате стоимости лабораторных и инструментальных исследований, производимых в других учреждениях (при отсутствии своей лаборатории и диагностического оборудования), а также расходы по оплате организации питания предприятиями общественного питания (при отсутствии своего пищеблока), в 2009 году составили 468 983,95 млн руб., или 96,0% от фактических расходов медицинских организаций на реализацию территориальной программы ОМС, что превышает показатель 2008 года (391 759,8 млн руб.) на 19,7%.

Прочие статьи расходов составили 19 764,78 млн руб., или 4% от фактических расходов медицинских организаций на реализацию территориальной программы ОМС, что меньше уровня 2008 года (21 045,3 млн руб.) на 9,5%.

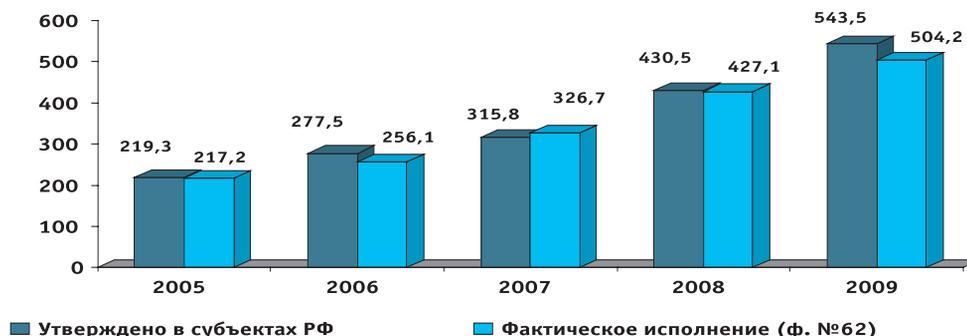


Рисунок 3. Расходы средств ОМС на реализацию территориальных программ ОМС

В течение ряда лет отмечается увеличение финансирования территориальных программ ОМС, но, как правило, утвержденная стоимость территориальных программ ОМС превышает её фактическое исполнение. В 2009 году фактическое исполнение составило 92,85% от утвержденных значений (Рисунок 3).

Начиная с 2005 расходы средств ОМС на реализацию территориальных программ ОМС в сопоставимых ценах 2005 года в целом в Российской Федерации увеличились в 2,4 раза (Рисунок 4).

В субъектах Российской Федерации недостаток фактического финансирования территориальной программы ОМС с учетом влияния профицитных регионов составляет 165 089,95 млн руб. или 24,7%. В 2008 году наблюдается профицит исполнения территори-

альных программ ОМС в сумме 62 517,31 млн руб. или 17,2%.

Фактическое исполнение территориальных программ ОМС (без учета влияния профицитных регионов) меньше расчетной стоимости на общую сумму 190 137,28 млн руб. (без влияния профицитных регионов – 14 466,07 млн руб.), что больше показателя 2008 года в 13 раз.

В 62 субъектах Российской Федерации разница между потребностью в финансировании территориальных программ ОМС и их фактическим исполнением превышает 30 процентов, в целом разница колеблется от 61,6% в Республике Ингушетия до 6,4% во Владимирской области.

В большинстве субъектов Российской Федерации дефицит фактического исполнения превышает дефицит

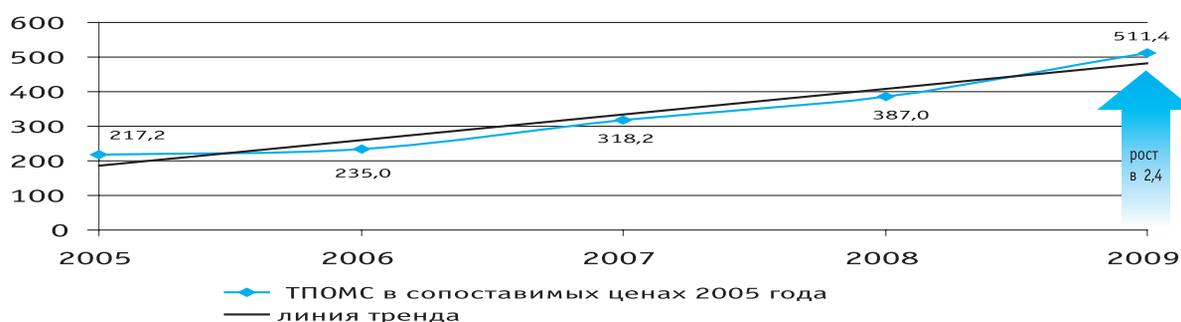


Рисунок 4. Динамика фактических расходов средств ОМС на реализацию территориальных программ ОМС в сопоставимых ценах 2005 года (млрд руб.)

утвержденной стоимости территориальных программ ОМС от 0,5% до 20,1%. При этом отмечается дефицит фактического исполнения территориальной программы ОМС в Волгоградской области (35,0%), Саратовской области (26,9%), Забайкальском крае (34,0%) при имеющемся утвержденном профиците (Таблица 2).

Профицит фактического исполнения территориальных программ ОМС по сравнению с утвержденным показателем уменьшился на 19% в г. Москве, на 20,1% в Тюменской области. Фактическое исполнение профицита превышает утвержденный уровень на 2,4% в Ленинградской области, на 1% в Чукотском автономном округе, на 0,6% в Московской области.

При анализе фактически сложившегося дефицита исполнения территориальных программ ОМС 2009 года (без учета профицитных регионов) в динамике по сравнению с 2008 следует отметить увеличение размера дефицита в среднем по Российской Федерации на 24,4%. Так, в Республике Мордовия увеличение составило 52,7%, в Республике Адыгея – 40,8%, в Мурманской области – 39,8% (таблица 3).

### III. Организация медицинской помощи в системе ОМС

Основную часть медицинской помощи граждане Российской Федерации получают в медицинских организациях системы ОМС.

В реализации территориальных программ ОМС в 2009 году участвовало 8 149 медицинских организаций, что составляет 70,7% от всех медицинских организаций, реализующих территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (в 2008 – 69,2%).

Наибольшую долю медицинских организаций, работающих в системе ОМС, составляют муниципальные учреждения здравоохранения (67,5%), при этом 25,6% муниципальных учреждений здравоохранения составили учреждения, расположенные в сельской местности.

Из всех медицинских организаций, реализующих территориальные программы ОМС, 19,5% – медицинские учреждения субъектов Российской Федерации, 6,5% – федеральные медицинские учреждения (в т.ч. 21,4% – Минздравсоцразвития России, 6,3% – Российской академии медицинских наук, 72,3% – других министерств и ведомств), 6,6% – медицинские организации негосударственной формы собственности, в т.ч. 86,0% – частной формы собственности.

Из общего числа муниципальных медицинских учреждений, доля участвующих в реализации территориальных программ ОМС, составила 86,6% (в 2008 году –

84,7%); сельских муниципальных медицинских учреждений, участвующих в реализации территориальных программ ОМС – 22,1% (в 2008 году – 20,7%).

Доля медицинских учреждений субъектов Российской Федерации, реализующих территориальные программы ОМС, составила 38,9% (в 2008 году – 38,4%) от общего числа медицинских учреждений субъектов Российской Федерации, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий.

Таким образом, как и в 2008 году, большая часть медицинских учреждений, работающих в системе ОМС, являлись муниципальными, оказывающими в основном первичную медико-санитарную помощь населению, проживающему на территории муниципального образования.

В 2009 году на 37 увеличилось число амбулаторно-поликлинических учреждений, на 10 – количество больничных учреждений, оказывающих медицинскую помощь в системе ОМС.

На 18 увеличилось количество диспансеров, работающих в системе ОМС, на 31 увеличилось число научно-практических центров, в то же время на 5 уменьшилось количество учреждений материнства и детства, работающих в системе ОМС.

В 2009 году в системе ОМС работало 19 санаторно-курортных учреждений (в 2008 году – 20).

На 19 увеличилось количество федеральных учреждений здравоохранения, работающих в системе ОМС, на 61 стало больше учреждений здравоохранения негосударственной формы собственности.

### IV. Выполнение объемов медицинской помощи.

При анализе исполнения нормативов объемов медицинской помощи в 2009 году отмечается перевыполнение объемов стационарной медицинской помощи по отношению к нормативам, утвержденным Программой государственных гарантий, и неисполнение нормативов объемов амбулаторной помощи и медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров (Таблица 4).

На 1 застрахованного приходится 7,789 посещения или 92,1% федерального норматива, что превышает показатель 2008 года (7,629) на 2,1%.

В 14 субъектах Российской Федерации фактические объемы амбулаторно-поликлинической помощи превысили или равны федеральному нормативу, при этом в Пензенской, Тюменской, Владимирской областях и г. Москве превышение составило 10 и более процентов.

Таблица 2. Дефицит фактического исполнения территориальной программы ОМС

№ п/п	Субъект Российской Федерации	Дефицит утвержденной ТПОМС, %	Дефицит фактической ТПОМС, %	Отклонение фактического дефицита от утвержденного дефицита, %
	Российская Федерация	-24	-28,4	4,4
1	Белгородская область	-32,7	-34,5	1,8
2	Брянская область	-34,8	-37,9	3,1
3	Владимирская область	-0,9	-6,4	5,5
4	Воронежская область	-31,9	-36,4	4,5
5	Ивановская область	-35,5	-36,4	0,9
6	Калужская область	-30,9	-35,6	4,7
7	Костромская область	-29,3	-36,3	7
8	Курская область	-36,5	-37,3	0,8
9	Липецкая область	-22,9	-29,7	6,8
10	Московская область			
11	Орловская область	-33,1	-36,8	3,7
12	Рязанская область	-31	-42,4	11,4
13	Смоленская область	-28,9	-36,3	7,4
14	Тамбовская область	-34,5	-38	3,5
15	Тверская область	-26,2	-30,2	4
16	Тульская область	-21	-38,5	17,5
17	Ярославская область	-17,4	-23,1	5,7
18	г. Москва			
19	Республика Карелия	-37,9	-36,6	-1,3
20	Республика Коми	-23,7	-31,5	7,8
21	Архангельская область	-40,4	-44,1	3,7
22	Вологодская область	-31,3	-33,9	2,6
23	Калининградская область	-4,5	-21	16,5
24	Ленинградская область			
25	Мурманская область	-35,1	-40,8	5,7
26	Новгородская область	-27,8	-35,6	7,8
27	Псковская область	-35	-43,1	8,1
28	г. Санкт-Петербург	-12,6	-11,9	-0,7
29	Ненецкий автономный округ	-1,9	-22	20,1
30	Республика Адыгея	-35,1	-40,8	5,7
31	Республика Калмыкия	-42,1	-45,3	3,2
32	Краснодарский край	-23,3	-21,9	-1,4
33	Астраханская область	-40,9	-41,4	0,5
34	Волгоградская область		-35	
35	Ростовская область	-29,9	-31,4	1,5
36	Республика Дагестан	-35,4	-41,4	6
37	Республика Ингушетия	-49,2	-61,6	12,4
38	Кабардино-Балкарская Республика	-41,1	-42,8	1,7
39	Карачаево-Черкесская Республика	-26,4	-25,2	-1,2
40	Республика Северная Осетия – Алания	-37,8	-41,5	3,7
41	Чеченская Республика	-25,3	-19,9	-5,4
42	Ставропольский край	-23,4	-28,7	5,3
43	Республика Башкортостан	-34,4	-35	0,6

№ п/п	Субъект Российской Федерации	Дефицит утвержденной ТПОМС, %	Дефицит фактической ТПОМС, %	Отклонение фактического дефицита от утвержденного дефицита, %
44	Республика Марий Эл	-35,9	-39,7	3,8
45	Республика Мордовия	-45,5	-52,7	7,2
46	Республика Татарстан	-5,4		
47	Удмуртская Республика	-4	-8,9	4,9
48	Чувашская Республика	-34,6	-36,7	2,1
49	Пермский край	-25,6	-32,4	6,8
50	Кировская область	-31,7	-33	1,3
51	Нижегородская область	-2,5	-8,6	6,1
52	Оренбургская область	-32,4	-32,2	-0,2
53	Пензенская область	-9,7	-16	6,3
54	Самарская область	-25,9	-26,4	0,5
55	Саратовская область		-26,9	
56	Ульяновская область	-20,9	-27,4	6,5
57	Курганская область	-28	-45,2	17,2
58	Свердловская область	-37,3	-39,2	1,9
59	Тюменская область			
60	Челябинская область	-33,1	-40,3	7,2
61	Ханты-Мансийский автономный округ	-45,7	-49,3	3,6
62	Ямало-Ненецкий автономный округ	-41,9	-55	13,1
63	Республика Алтай	-39,8	-41,3	1,5
64	Республика Бурятия	-44,1	-43,5	-0,6
65	Республика Тыва	-27,2	-30,1	2,9
66	Республика Хакасия	-38,8	-45,6	6,8
67	Алтайский край	-28,9	-35,9	7
68	Забайкальский край		-34	
69	Красноярский край	-36,4	-37,9	1,5
70	Иркутская область	-38,1	-43,6	5,5
71	Кемеровская область	-37,2	-42	4,8
72	Новосибирская область	-27,7	-36,5	8,8
73	Омская область	-35,3	-42,5	7,2
74	Томская область	-34	-35,4	1,4
75	Республика Саха (Якутия)	-31,5	-33,2	1,7
76	Камчатский край	-22,8	-30,4	7,6
77	Приморский край	-30	-35,2	5,2
78	Хабаровский край	-34,3	-37,8	3,5
79	Амурская область	-37,6	-42,3	4,7
80	Магаданская область	-38,2	-44,3	6,1
81	Сахалинская область	-37,8	-42,3	4,5
82	Еврейская автономная область	-36,3	-44,2	7,9
83	Чукотский автономный округ			
84	Байконур	7,0	-34,0	5,6

Таблица 3. Увеличение дефицита 2009 г. к дефициту 2008 г., %

№ п/п	Субъект Российской Федерации	Фактический дефицит ТПОМС 2008, млн руб.	Фактический дефицит ТПОМС 2008, %	Фактический дефицит ТПОМС 2009, млн руб.	Фактический дефицит ТПОМС 2009, %	Увеличение дефицита 2009 к дефициту 2008, %
	Российская Федерация	-14 466,1	4,0	-190 137,3	-28,4	24,4
1	Белгородская область	-	-	-2 036,6	-34,5	34,5
2	Брянская область	-31,2	-1,1	-1 915,9	-37,9	36,8
3	Владимирская область	-	-	-335,6	-6,4	6,4
4	Воронежская область	-17,5	-0,4	-3 353,2	-36,4	36,1
5	Ивановская область	-124,8	-5,8	-1 464,9	-36,4	30,7
6	Калужская область	-	-	-1 430,9	-35,6	35,6
7	Костромская область	-9,3	-0,6	-966,4	-36,3	35,7
8	Курская область	-280,9	-10,6	-1 782,1	-37,3	26,7
9	Липецкая область	-	-	-1 402,1	-29,7	29,7
10	Московская область	-	-	-	-	-
11	Орловская область	-123,5	-7,0	-1 206,9	-36,8	29,8
12	Рязанская область	-291,5	-11,3	-2 010,0	-42,4	31,1
13	Смоленская область	-194,2	-8,7	-1 467,0	-36,3	27,6
14	Тамбовская область	-55,8	-2,4	-1 617,9	-38,0	35,6
15	Тверская область	-	-	-1 586,7	-30,2	30,2
16	Тульская область	-376,3	-10,2	-2 416,1	-38,5	28,3
17	Ярославская область	-	-	-1 188,4	-23,1	23,1
18	г. Москва	-	-	-	-	-
19	Республика Карелия	-258,1	-9,5	-1 831,4	-36,6	27,1
20	Республика Коми	-253,6	-6,4	-2 229,5	-31,5	25,1
21	Архангельская область	-633,4	-13,7	-3 827,3	-44,1	30,4
22	Вологодская область	-	-	-1 974,6	-33,9	33,9
23	Калининградская область	-	-	-789,1	-21,0	21,0
24	Ленинградская область	-	-	-	-	0
25	Мурманская область	-36,8	-1,0	-2 866,2	-40,8	39,8
26	Новгородская область	-	-	-977,8	-35,6	35,6
27	Псковская область	-114,0	-7,7	-1 178,3	-43,1	35,4
28	г. Санкт-Петербург	-	-	-2 528,3	-11,9	11,9
29	Ненецкий автономный округ	-	-	-109,9	-22,0	22,0
30	Республика Адыгея	-	-	-735,7	-40,8	40,8
31	Республика Калмыкия	-112,7	-16,6	-560,7	-45,3	28,7
32	Краснодарский край	-	-	-4 240,2	-21,9	21,9
33	Астраханская область	-219,2	-10,4	-1 656,8	-41,4	31,0
34	Волгоградская область	-	-	-3 516,9	-35,0	35,0
35	Ростовская область	-	-	-5 305,6	-31,4	31,4
36	Республика Дагестан	-440,9	-7,4	-4 465,8	-41,4	34,0
37	Республика Ингушетия	-476,7	-45,4	-1 190,4	-61,6	16,2
38	Кабардино-Балкарская Республика	-245,4	-12,8	-1 532,6	-42,8	30,1
39	Карачаево-Черкесская Республика	-	-	-434,4	-25,2	25,2
40	Республика Северная Осетия - Алания	-60,4	-3,9	-1 162,6	-41,5	37,6
41	Чеченская Республика	-425,2	-16,6	-920,3	-19,9	3,3
42	Ставропольский край	-182,1	-3,3	-2 975,0	-28,7	25,4
43	Республика Башкортостан	-	-	-6 266,7	-35,0	35,0

№ п/п	Субъект Российской Федерации	Фактический дефицит ТПОМС 2008, млн руб.	Фактический дефицит ТПОМС 2008, %	Фактический дефицит ТПОМС 2009, млн руб.	Фактический дефицит ТПОМС 2009, %	Увеличение дефицита 2009 к дефициту 2008, %
44	Республика Марий Эл	-	-	-1 114,2	-39,7	39,7
45	Республика Мордовия	-	-	-1 655,6	-52,7	52,7
46	Республика Татарстан	-	-	-	-	-
47	Удмуртская Республика	-	-	-605,9	-8,9	8,9
48	Чувашская Республика	-	-	-1 874,9	-36,7	36,7
49	Пермский край	-	-	-4 162,3	-32,4	32,4
50	Кировская область	-380,9	-11,0	-2 063,8	-33,0	22,0
51	Нижегородская область	-	-	-1 104,3	-8,6	8,6
52	Оренбургская область	-	-	-3 106,2	-32,2	32,2
53	Пензенская область	-	-	-877,3	-16,0	16,0
54	Самарская область	-	-	-3 513,7	-26,4	26,4
55	Саратовская область	-314,8	-5,3	-2 768,3	-26,9	21,6
56	Ульяновская область	-852,9	-30,4	-1 396,7	-27,4	-3,0
57	Курганская область	-363,6	-16,0	-1 901,7	-45,2	29,2
58	Свердловская область	-	-	-9 121,5	-39,2	39,2
59	Тюменская область	-	-	-	-	-
60	Челябинская область	-483,6	-5,4	-6 628,5	-40,3	34,9
61	Ханты-Мансийский автономный округ	-	-	-6 384,3	-49,3	49,3
62	Ямало-Ненецкий автономный округ	-1 138,3	-37,6	-3 156,2	-55,0	17,4
63	Республика Алтай	-73,9	-10,5	-539,7	-41,3	30,8
64	Республика Бурятия	-	-	-2 598,9	-43,5	43,5
65	Республика Тыва	-	-	-704,1	-30,1	30,1
66	Республика Хакасия	-302,2	-16,1	-1 593,7	-45,6	29,5
67	Алтайский край	-623,1	-10,0	-4 146,0	-35,9	25,9
68	Забайкальский край	-979,5	-25,9	-2 301,7	-34,0	8,1
69	Красноярский край	-	-	-7 178,7	-37,9	37,9
70	Иркутская область	-	-	-6 832,4	-43,6	43,6
71	Кемеровская область	-394,4	-5,4	-5 612,7	-42,0	36,6
72	Новосибирская область	-	-	-4 834,7	-36,5	36,5
73	Омская область	-1 969,2	-37,6	-3 802,1	-42,5	4,9
74	Томская область	-	-	-2 231,6	-35,4	35,4
75	Республика Саха (Якутия)	-	-	-2 867,1	-33,2	33,2
76	Камчатский край	-	-	-884,4	-30,4	30,4
77	Приморский край	-176,9	-2,9	-4 067,8	-35,2	32,3
78	Хабаровский край	-141,4	-2,8	-3 530,4	-37,8	35,0
79	Амурская область	-374,9	-12,6	-2 339,7	-42,3	29,7
80	Магаданская область	-91,4	-9,8	-764,2	-44,3	34,5
81	Сахалинская область	-803,6	-33,4	-1 866,9	-42,3	8,9
82	Еврейская автономная область	-8,7	-1,6	-466,8	-44,2	42,6
83	Чукотский автономный округ	-	-	-	-	-
84	Байконур	-29,3	-29,6	-81,6	-34,0	4,4

Таблица 4. Исполнение нормативов объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальных программ ОМС

Показатели		2009 год	2008 год	отношение 2009 к 2008 в %	федеральный норматив	отношение 2009 к федеральному нормативу, %
АУП	посещений, тыс.	1 110 956,5	1 087 342,7	102,17		
	норматив	7,789	7,629	102,10	8,458	92,09
	обращения по заболеваниям, тыс.	442 038,2	420 890,4	105,02		
Стационар	койко-дней, тыс.	296 126,8	300 198,3	98,64		
	норматив	2,076	2,106	98,58	1,942	106,90
	выбывших больных, тыс. чел.	27 442,1	27 398,5	100,16		
	Средняя длительность пребывания 1 больного в стационаре	10,79	10,96	98,49	10,47	103,07
Дневной стационар	пациенто-дней, тыс.	60 078,0	59 112,3	101,63		
	норматив	0,421	0,415	101,45	0,479	87,89
	выбывших больных, тыс. чел.	5 707,7	5 593,8	102,04		

Исполнение норматива посещений колеблется от 11,420 на 1-го застрахованного (135,0% от федерального норматива) в Пензенской области до 2,068 (24,5% от федерального норматива) в Чеченской Республике.

По сравнению с утвержденными территориальными нормативами в среднем по Российской Федерации исполнение объема амбулаторной помощи составляет 92,1%.

В 21 субъекте Российской Федерации объем фактических посещений превысил утвержденный территориальный норматив, превышение колеблется от 39,4% в Пензенской области, 32,8% в Тюменской области, 14,4% в Республике Дагестан до 0,3% в Тверской области.

Не справились с выполнением утвержденных нормативов объемов амбулаторной помощи 62 субъекта Российской Федерации. Наименьшие показатели отмечаются в Ямало-Ненецком автономном округе – 68,5% от утвержденного территориального норматива, Ханты-Мансийском автономном округе – 61,6%, Чеченской Республике – 39,8%.

Количество койко-дней на 1 застрахованного в Российской Федерации в 2009 году составило 2,076 или 106,9% к федеральному нормативу, что ниже показателя 2008 года (2,106) на 1,4%.

По сравнению с утвержденными территориальными нормативами объемы стационарной помощи в среднем

по Российской Федерации составляет 106,9%. В 59 субъектах Российской Федерации фактическое исполнение превышает утвержденные нормативы, превышение составляет от 56,7% в Забайкальском крае, 54,0% в Республике Мордовия, до 0,35% в Орловской области, в Ненецком автономном округе объем стационарной помощи составляет 68,7% от утвержденного.

В 69 субъектах Российской Федерации фактические объемы стационарной помощи превысили или равны федеральному нормативу, в 18 из которых превышение составляет 30 и более процентов.

Наибольшее исполнение норматива койко-дня отмечается в Чукотском автономном округе – 3,764 (193,8% от федерального норматива), Забайкальском крае – 3,044 (156,8%), Магаданской области – 3,010 (155,0%).

В 4-х субъектах Российской Федерации исполнение норматива койко-дня составило менее 80% от федерального норматива: г. Санкт-Петербург – 1,489 (76,7%), г. Москва – 1,349 (69,5%), Республика Ингушетия – 1,185 (61,0%), Ненецкий автономный округ – 1,113 (57,3%).

Фактическое исполнение нормативов объема медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, в 2009 году составляет 0,421 пациенто-дней на 1 застрахованного или 87,9% от федерального норматива, что превышает показатель 2008 года на 1,5%.

В 44 субъектах Российской Федерации фактический показатель объема медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, равен или превышает федеральный норматив, в 10 из которых превышение составляет 30 и более процентов.

Наиболее значимое превышение нормативов, установленных Программой государственных гарантий, отмечаются в Магаданской области – на 75,6%, Республике Мордовия – на 73,9%, Белгородской области – на 64,9, Кемеровской области – на 56,0%.

В 10 субъектах Российской Федерации показатель пациенто-дней не достигает 50% федерального норматива, в т.ч. в Чеченской Республике - 5,9%, Республике Дагестан – 8,77%, Чукотском автономном округе и г. Москве – 15,24%, Ненецком автономном округе – 41,5%. В Республике Ингушетия дневные стационары не функционируют.

Исполнение норматива объема медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах, в среднем по Российской Федерации составляет 87,9% от утвержденных территориальными программами ОМС на 2009 год. Превысили утвержденный норматив пациенто-дня на 1 застрахованного в год в 42 субъектах Российской Федерации.

Утвержденный территориальными программами ОМС показатель перевыполнен в Республике Мордовия на 73,9%, в Ивановской области на 33%, на 0,2% в Республике Бурятия и Республике Хакасия. Наименьший показатель сложился в г. Москве – 15,2%.

В течение последних 6 лет отмечается тенденция увеличения объемов амбулаторно-поликлинической помощи: с 6,872 в 2003 году до 7,789 посещений на 1 застрахованного в год в 2009 году, темп прироста за 5 лет составил 13,3%.

Объем стационарной медицинской помощи снизился с 2,259 в 2003 году до 2,106 в 2008 году, темп снижения составил 6,8%. В 2009 году также отмечается некоторое снижение объемов медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях. Сложившийся показатель по-прежнему превышает федеральный норматив, но при этом на 8,1% ниже показателя 2003 года.

Показатель объема медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах, увеличился с 0,312 в 2003 году до 0,421 в 2009 году, темп прироста составил 35% (Таблица 5).

V. Финансирование единицы объема медицинской помощи в системе ОМС

В 2009 году в Российской Федерации отмечается увеличение финансирования по условиям оказания медицинской помощи, однако фактически сложившиеся нормативы финансирования на единицу объема медицинской помощи не достигают показателей, утвержденных Программой гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009 год.

Расходы на оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи составили 177 963,65 млн руб., что превышает уровень 2008 года на 19,3%.

Средняя стоимость посещения (без учета влияния районного коэффициента) составляет 138,6 руб. или 82,3% от федерального норматива, что больше показателя 2008 года на 20,9% (Таблица 6).

В 10 субъектах Российской Федерации стоимость амбулаторного посещения (без учета влияния районного коэффициента) соответствует или превышает федеральный норматив, в 3 субъектах превышение составляет 30 и более процентов.

Таблица 5. Нормативы объемов медицинской помощи по видам и их фактическая реализация в рамках базовой программы ОМС за период с 2003 по 2009 гг. (на 1 застрахованного в год)

Условия оказания медицинской помощи	Фактически выполнено						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Амбулаторное посещение	6,872	7,064	7,050	7,320	7,402	7,629	7,789
% к федеральному нормативу	81,25	83,52	83,35	86,55	87,51	90,20	92,09
Стационарный койко-день	2,259	2,263	2,227	2,225	2,135	2,106	2,076
% к федеральному нормативу	116,32	116,53	114,68	114,57	109,94	108,44	106,9
Пациенто-день в дневном стационаре	0,312	0,360	0,378	0,383	0,401	0,415	0,421
% к федеральному нормативу	65,14	75,16	78,91	79,96	83,72	86,64	87,89

Таблица 6. Финансирование амбулаторно-поликлинической помощи застрахованным по ОМС в Российской Федерации в 2007 -2009 гг.

Годы	Число посещений в год, млн	Всего расходов, млн руб.	Средняя стоимость 1 посещения, руб. приведенный показатель	% к федеральному нормативу
2007	1 052,4	113 156,2	89,9	100,5%
2008	1 087,34	149 137,47	114,6	111,1%
2009	1 110,96	177 963,65	138,6	82,3
Темп прироста 2008 к 2007,%	+3,3	+31,8	+27,5	X
Темп прироста 2009 к 2008,%	+2,2	+19,3	+20,9	X

По отношению к нормативам, утвержденным Программой государственных гарантий, в г. Москве стоимость посещения составляет 272,0 руб. (161,5%), в г. Санкт-Петербурге – 225,9 руб. (134,2%), Московской области – 210,1 руб. (124,8%).

Наименьшая фактически сложившаяся стоимость посещения отмечается в Республике Мордовия – 69,7 руб. (41,4%), Республике Дагестан – 77,9 руб. (46,2%), Еврейской автономной области – 81,7 руб. (48,5%), Тульской области – 83,5 руб. (49,6%).

Средняя стоимость случая лечения в амбулаторно-поликлинических условиях составляет 402,6 руб., что выше уровня 2008 года на 13,6%.

Исполнение норматива финансирования на единицу объема амбулаторной медицинской помощи составляет 106,8% от утвержденного территориального. Фактическая стоимость посещения превысила утвержденную в 20 субъектах Российской Федерации. Превышение колеблется от 96,1% в Чеченской Республике, 42,0% в Ненецком автономном округе до 0,4% в Кабар-

дино-Балкарской Республике. Наименьший показатель сложился в Мурманской области – 69,4%, в Волгоградской области – 67,5% от утвержденного территориального норматива.

Расходы на оказание стационарной медицинской помощи составили 290 228,3 млн руб., что превышает показатель 2008 года на 18,3%.

Средняя стоимость одного случая лечения в круглосуточном стационаре составляет 10 576,0 руб., что превышает показатель 2008 года на 18,2%.

Средняя стоимость койко-дня (без учета влияния районного коэффициента) составляет 848,1 руб. или 72,7% от норматива, утвержденного Программой государственных гарантий, что больше показателя 2008 года на 24,3% (Таблица 7).

Выполнили или превысили федеральный норматив стоимости койко-дня 6 субъектов Российской Федерации, в том числе г. Москва – 2 025,7 руб. (173,6%), Чукотский автономный округ – 1 578,2 руб. (135,2%),

Таблица 7. Финансирование стационарной помощи застрахованным по ОМС в Российской Федерации в 2007 -2009 гг.

Годы	Выбывших млн чел.	Койко-дней, млн	Всего расходов, млн руб.	Средняя стоимость лечения 1 больного, руб.	Средняя стоимость койко-дня, руб. приведенный показатель	% к федеральному нормативу
2007	27,348	303,6	188 347,8	6 872,2	518,1	99,3
2008	27,398	300,2	245 239,9	8 959,9	682,6	115,7
2009	27,442	296,1	290 228,3	10 576,0	848,1	72,7
Темп прироста 2008 к 2007, %	0,0	-1,8	+30,2	+30,4	+31,8	X
Темп прироста 2009 к 2008, %	+0,2	-1,4	+18,3	+18,0	+24,3	X

Таблица 8. Финансирование медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах застрахованным по ОМС в Российской Федерации в 2007-2009 гг.

Годы	Выбывших млн. чел.	Койко-дней, млн.	Всего расходов, млн. руб.	Средняя стоимость лечения 1 больного, руб.	Средняя стоимость 1 пациенто-дня, руб.	%, к федеральному нормативу
2007	5,362	57,0	10 441,5	1 925,9	152,4	66,8
2008	5,593	59,1	13 512,0	2 415,5	190,9	73,9
2009	5,708	60,1	15 847,4	2 776,5	228,35	48,5
Темп прироста 2008 к 2007, %	+3,7	+3,7	+29,8	+25,4	+25,2	X
Темп прироста 2009 к 2008, %	+2,1	+1,7%	+17,3	+15%	+19,6	X

Ненецкий автономный округ – 1 429,5 руб. (122,5%), Чеченская Республика – 1 356,2 руб. (116,2%), г. Санкт-Петербург – 1 261,1 руб. (108,1%), Московская область – 1 223,2 руб. (104,8%).

В 17 субъектах Российской Федерации стоимость койко-дня составляет не менее 70% от федерального норматива.

Наименьшая сложившаяся стоимость койко-дня отмечается в Республике Саха (Якутия) – 538,1 руб. (46,1%), Сахалинской области – 500,9 руб. (42,9%), Магаданской области – 453,0 руб. (38,8%), Республике Мордовия – 378,1 руб. (32,4%).

Фактически сложившаяся стоимость койко-дня составила в среднем по Российской Федерации 105,1% от утвержденных территориальных нормативов. Превышение фактической стоимости над утвержденной отмечается в 29 субъектах Российской Федерации. Наименьший показатель в Волгоградской области – 53,4% от утвержденного территориального норматива.

Расходы на оказание медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, составили 15 847,4 млн руб., что превышает показатель 2008 года на 17,3%. Средняя стоимость лечения 1 больного в условиях дневного стационара составляет 2 776,5 руб., что превышает показатель 2008 года на 15%.

Средняя стоимость пациенто-дня (без учета влияния районного коэффициента) составляет 228,35 руб. или 48,5% от федерального норматива, что больше показателя 2008 года на 19,6%. В 2008 году стоимость 1 пациенто-дня составляла 73,9% от федерального норматива (Таблица 8).

Исполнение норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах, составляет 80,1% к утвержденным территориальным нормативам. Превышение фактической стоимости пациенто-дня над утвержденной отмечено в 5 субъектах Российской Федерации, показатель колеблется от 36,7% в г. Москве до 1,1% в Республике Бурятия. Наиболее низкий показатель в Волгоградской области – 47,8% от утвержденного территориального норматива.

В среднем по Российской Федерации приведенные показатели финансового обеспечения единицы объема оказанной медицинской помощи хотя и увеличились по всем условиям оказания медицинской помощи, но не достигли, в отличие от 2007-2008 гг., федеральных нормативов (Таблица 9).

В разрезе субъектов Российской Федерации наблюдается значительная вариабельность фактических показателей стоимости, в части субъектов Российской Федерации наблюдается завышение утверждаемых показателей стоимости по отношению к фактически исполненным.

Таблица 9. Финансовое обеспечение единицы объема медицинской помощи из средств ОМС (руб.)

Условия оказания медицинской помощи	2007		2008		2009	
	руб.	% от федерального норматива	руб.	% от федерального норматива	руб.	% от федерального норматива
Посещение	89,8	100,5	114,6	111,1	138,6	82,3
Койко-день	518,3	99,3	682,6	115,7	848,1	72,7
Пациенто-день	153,1	66,8	190,9	73,9	228,35	48,5

Таблица 10. Структура расходов медицинских организаций по условиям оказания медицинской помощи в системе ОМС за 2007-2009гг.

Годы	Амбулаторная помощь, млн руб.	%	Стационарная помощь, млн руб.	%	Дневные стационары, млн руб.	%	Скорая помощь и прочие виды, млн руб.	%
2007	113 156,19	36,2	188 818,45	60,4	10 441,54	3,3	2 822,53	0,1
2008	149 137,47	36,1	245 239,94	59,4	13 511,95	3,3	4 915,75	1,2
2009	177 963,65	36,4	290 228,30	59,4	15 847,36	3,2	4 709,42	1,0

Таблица 11. Структура расходов медицинских организаций на реализацию территориальных программ ОМС в 2004-2009гг.

	2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	млрд руб.	%										
Всего, в т.ч.:	173,6	<b>100</b>	205,1	<b>100</b>	257,1	<b>100</b>	314,8	<b>100</b>	412,8	<b>100</b>	488,8	<b>100</b>
оплата труда с начислениями	110,7	<b>63,8</b>	137,6	<b>67,1</b>	182,7	<b>71,1</b>	228,4	<b>72,6</b>	296,4	<b>71,8</b>	352,0	<b>72,0</b>
медикаменты, перевязочные средства	36,1	<b>20,8</b>	41,6	<b>20,3</b>	46,8	<b>18,2</b>	55,3	<b>17,6</b>	70,2	<b>16,9</b>	88,6	<b>18,1</b>
мягкий инвентарь	1,8	<b>1,0</b>	1,9	<b>0,9</b>	1,8	<b>0,7</b>	1,8	<b>0,6</b>	2,3	<b>0,6</b>	2,3	<b>0,5</b>
продукты питания	9,0	<b>5,2</b>	11,0	<b>5,4</b>	12,5	<b>4,9</b>	13,9	<b>4,4</b>	18,2	<b>4,4</b>	20,6	<b>4,2</b>
прочие	16,0	<b>9,2</b>	13,0	<b>6,3</b>	13,3	<b>5,2</b>	15,4	<b>4,9</b>	25,7	<b>6,3</b>	25,3	<b>5,2</b>

Фактический показатель подушевого финансирования программы за счет средств ОМС составил в 2009 году с учетом средств на содержание административно-управленческого аппарата территориальных фондов ОМС и ведение дела СМО – 3 534,69 руб. (без учета указанных расходов – 3 426,56 руб.).

В сопоставимых ценах 2005 года произошло увеличение подушевого норматива финансирования территориальных программ ОМС в 2,3 раза (Рисунок 5).

VI. Структура расходов на реализацию территориальных программ ОМС

В структуре расходов на оплату медицинской помощи, оказанной за счет средств ОМС, преобладают расходы,

связанные с оказанием медицинской помощи в стационарах круглосуточного пребывания – 59,4%, амбулаторная помощь составляет 36,4%, медицинская помощь, оказанная в условиях дневных стационаров, составляет лишь 3,2%, 1,0% – скорая медицинская помощь и прочие виды медицинских услуг, что соответствует показателю 2008 года (Таблица 10).

Структура расходов по условиям оказания медицинской помощи на протяжении последних 3-х лет остается практически неизменной с преобладанием стационарной медицинской помощи.

В структуре расходов на оказание медицинской помощи в рамках реализации территориальных программ ОМС в 2009 году 72,02% составляет заработная плата с начис-

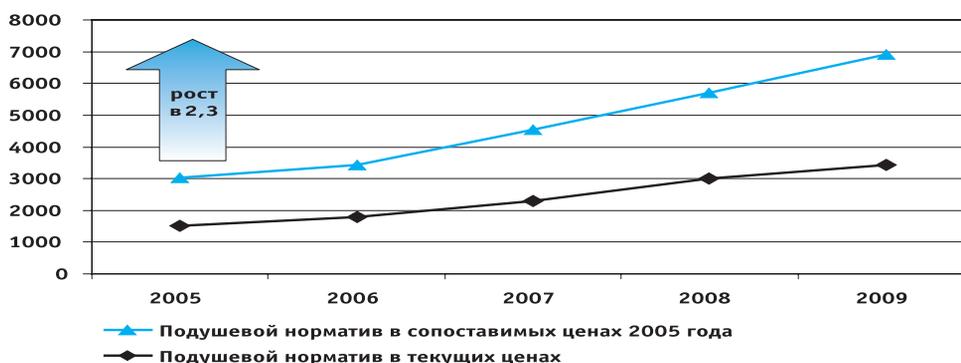


Рисунок 5. Динамика фактического подушевого финансирования ТПОМС в текущих и сопоставимых ценах (руб. на 1 застрахованного в год)

Таблица 12. Структура расходов медицинских организаций на реализацию территориальных программ ОМС по условиям оказания медицинской помощи в 2008-2009гг.

ТПОМС	Структура расходов по условиям предоставления медицинской помощи, млн руб.			Изменение доли статьи расходов в общей структуре, %		
	2008	2009	Соотношение 2009 к 2008	2008	2009	Соотношение 2009 к 2008
<b>Всего расходов на оказание медицинской помощи</b>						
оплата труда с начислениями	296 409,51	351 998,35	+18,8	71,80	72,02	+0,3
медикаменты и перевязочные средства	70 171,94	88 555,02	+26,2	16,90	18,12	+7,2
продукты питания	18 188,31	20 639,43	+13,5	4,40	4,22	-4,1
мягкий инвентарь	2 280,06	2 283,46	+0,2	0,60	0,47	-21,7
прочие расходы	25 755,30	25 272,47	-1,9	6,30	5,17	-17,9
<b>Амбулаторно-поликлиническая помощь</b>						
оплата труда с начислениями	126 433,38	151 379,51	+19,7	84,70	85,06	+0,4
медикаменты и перевязочные средства	13 748,24	17 624,10	+28,2	9,30	9,90	+6,5
продукты питания	94,87	64,37	-32,5	0,10	0,04	-60,0
мягкий инвентарь	459,86	467,31	+1,6	0,30	0,26	-13,3
прочие расходы	8 401,12	8 428,35	+0,3	5,60	4,74	-15,4
<b>Стационарная помощь</b>						
оплата труда с начислениями	158 883,66	188 021,71	+18,3	64,80	64,78	0
медикаменты и перевязочные средства	51 457,01	63 472,97	+23,4	21,00	22,54	+7,3
продукты питания	17 758,85	20 267,98	+14,1	7,20	6,98	-3,1
мягкий инвентарь	1 694,56	1 700,39	+0,3	0,70	0,59	-15,7
прочие расходы	15 445,86	14 830,44	-4,0	6,40	5,11	-20,2
<b>Медицинская помощь в дневных стационарах</b>						
оплата труда с начислениями	8 520,73	9 833,09	+15,4	63,00	62,05	-1,5
медикаменты и перевязочные средства	3 838,47	4 731,76	+23,3	28,40	30,37	+6,94
продукты питания	232,51	234,48	+0,8	1,70	1,48	-12,9
мягкий инвентарь	108,10	106,34	-1,6	0,80	0,67	-16,3
прочие расходы	812,15	860,51	+6,0	6,10	5,43	-11,0

лениями на оплату труда, 18,12% – расходы на лекарственные средства, 4,22% – расходы на продукты питания, 0,47% – на мягкий инвентарь, 5,17% – на прочие статьи, в том числе 4,04% – расходы сверх базовой программы ОМС. Структура расходов соответствует показателю 2008 года с некоторым (на 2%) увеличением доли расходов на лекарственные средства и расходные материалы.

В течение ряда лет в структуре расходов наблюдается преобладание расходов на заработную плату с начислениями с неуклонной тенденцией к росту.

В 2009 году наряду с увеличением расходов на заработную плату отмечается некоторое увеличение расходов на медикаменты и перевязочные средства с одновременным снижением расходов на продукты питания, мягкий инвентарь, прочие расходы (Таблица 11).

При анализе расходов отмечается увеличение общего расхода финансовых средств на оплату труда на 18,6% по сравнению с 2008г.; увеличились также расходы на медикаменты и перевязочные средства на 26,2% к уровню 2008 года, на продукты питания – на 13,5%, прочие расходы уменьшились (Таблица 12).

Наибольший прирост заработной платы по сравнению с 2008 годом отмечается в структуре расходов амбулаторной медицинской помощи – на 19,7% с одновременным снижением расходов на продукты питания (молочные продукты для отдельных категорий медицинского персонала).

Расходы на лекарственные средства при оказании амбулаторной помощи в 2009 году возросли на 28,2%, при оказании стационарной помощи и в дневных стационарах – на 23,3%. Расходы на мягкий инвентарь уменьшены на 1,6% в дневных стационарах.

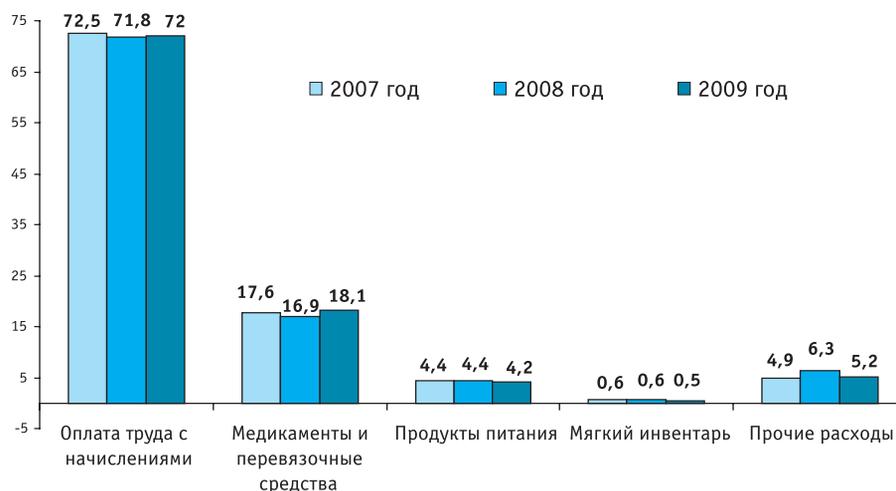


Рисунок 6. Структура расходов средств ОМС на территориальную программу ОМС в 2007-2009 гг.

В структуре расходов на оказание амбулаторной медицинской помощи в 2009 году по сравнению с 2008 годом отмечается некоторое увеличение доли заработной платы (с 84,7% до 85,1%), расходов на медикаменты (с 9,3% до 9,9%) при одновременном снижении доли расходов на питание (с 0,1% до 0,04%), мягкий инвентарь (с 0,3% до 0,26%), прочие (с 5,6% до 4,7%).

В стационарных условиях доля заработной платы в структуре расходов осталась на прежнем уровне, тогда как доля расходов на медикаменты увеличена значительно (с 21,0% до 22,54%), что соответственно привело к уменьшению расходов на питание, мягкий инвентарь и прочие.

В условиях дневного стационара наблюдается уменьшение доли расходов на заработную плату (с 63,0% до 62,1%) и увеличение доли расходов на медикаменты и перевязочные средства (с 28,4% до 30,4%), мягкий инвентарь (с 0,8% до 0,7%) (рисунок 6).

В субъектах Российской Федерации наблюдается существенные различия в структуре расходов на оказание медицинской помощи.

Так, наибольшая доля оплаты труда с начислениями отмечается в Республике Тыва (88,1%), г. Москве (86,4%), Ненецком автономном округе (86,2%), Новосибирской области (82,8%); наименьшая в Чеченской Республике (48,0%), Забайкальском крае (44,4%), Сахалинской области (36,6%), Ханты-Мансийском автономном округе (22,0%).

В некоторых субъектах Российской Федерации не полностью финансируются отдельные статьи расходов со-

гласно базовой программе ОМС, часть расходов, в первую очередь оплата труда, компенсируется за счет средств соответствующих бюджетов.

Наибольшая доля расходов на медикаменты и перевязочные средства отмечается в Сахалинской области (47,2%), Чеченской Республике (43,3%), Ханты-Мансийском автономном округе (42,8%), Тульской области (41,4%); наименьшая в Чукотском автономном округе (8,42%), Республике Тыва (7,31%), г. Москве (7,1%).

Доля мягкого инвентаря в структуре расходов колеблется от 1,5% в Сахалинской области и в Забайкальском крае до 0,16% в г. Санкт-Петербурге и Чукотском автономном округе.

В среднем расходы ОМС на больного составляют 22,8% от всех расходов на оказание медицинской помощи.

Наибольшая доля расходов на больного отмечается в Сахалинской области (56,0%), Чеченской Республике (53,0%), Тульской области (49,9%); наименьшая – в Ненецком автономном округе (12,1%), Республике Тыва (11,5%), г. Москве (9,6%).

В 2009 году в соответствии с территориальными программами государственных гарантий в 19 субъектах Российской Федерации в рамках перехода на одноканальное финансирование преимущественно за счет средств ОМС в состав тарифа по ОМС были включены дополнительные статьи расходов в части оплаты коммунальных услуг, услуг по содержанию имущества, социального обеспечения, прочих расходов, приобретения медицинского оборудования, медицинского инвентаря, прочих основных средств, других

материальных запасов, в том числе во Владимирской, Калужской, Тамбовской, Вологодской, Калининградской, Ленинградской, Кировской, Нижегородской, Пензенской, Тюменской, Томской областях, Республике Коми, Республике Татарстан, Пермском, Краснодарском краях, Чукотском автономном округе.

В 2009 году 9 субъектов Российской Федерации (Республика Татарстан, Республика Коми, Калининградская, Ленинградская, Пензенская, Архангельская и Тюменская области, Еврейский и Чукотский автономные округа) включили в состав тарифа по ОМС дополнительные виды медицинской помощи.

В Республике Татарстан предоставлялась медицинская помощь, оказываемая в кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических диспансерах (отделениях) и других специализированных медицинских учреждениях (отделениях); скорая медицинская помощь, в том числе специализированная, медицинские и иные услуги в центрах по профилактике и борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита и инфекционными заболеваниями, домах ребенка, включая специализированные, станциях переливания крови, центрах планирования семьи и репродукции, Республиканском центре профессиональной патологии ОАО «Городская клиническая больница № 12», государственном медицинском учреждении «Республиканская гериатрическая больница», гериатрическом отделении муниципального бюджетного учреждения здравоохранения «Васильевская районная больница», Центре восстановительного лечения для детей-инвалидов с психоневрологическими заболеваниями муниципального учреждения здравоохранения «Детская городская больница № 8» г. Казани и муниципальном учреждении здравоохранения «Городской диагностический центр по лабораторной диагностике инфекционных заболеваний» г. Казани и пр.

В Республике Коми, Калининградской области, Ленинградской области финансировалась скорая медицинская помощь, медицинская помощь при заболеваниях передаваемых половым путем, туберкулезе, психических расстройствах, расстройствах поведения и наркологических заболеваниях.

В Пензенской области предоставлялась специализированная медицинская помощь, оказываемая Государственным учреждением здравоохранения «Областной онкологический диспансер», в части содержания: скорая медицинская помощь, первичная медико-санитарная помощь, при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, психических расстройствах, расстройствах поведения и наркологических заболеваниях.

В Архангельской области за счет средств ОМС по неотложным показаниям предоставлялась высокотехно-

логичная медицинская помощь пациентам с сердечно-сосудистой патологией.

В Тюменской области за счет средств ОМС финансировалась скорая медицинская помощь, в том числе оказываемая Центром медицины катастроф (за исключением оплаты использования авиационного транспорта); медицинская помощь в хосписах, домах (отделениях) сестринского ухода; медицинская помощь, оказанная в противотуберкулезном, наркологическом, психоневрологическом и врачебно-физкультурном диспансерах; центре охраны репродуктивного здоровья подростков, центрах планирования семьи и репродукции; санаториях; центре по профилактике и борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита и инфекционными заболеваниями; кожно-венерологическом диспансере (при заболеваниях, передаваемых половым путем), а так же медицинская помощь, предоставляемая другими организациями здравоохранения при заболеваниях, передающихся половым путем, туберкулезе, ВИЧ-инфекции; психических расстройствах и расстройствах поведения у взрослых и детей; наркологических заболеваниях; профессиональных заболеваниях.

В Еврейской автономной области финансировалась скорая медицинская помощь.

В Чукотском автономном округе в рамках реализации территориальной программы ОМС финансировалась скорая медицинская помощь, медицинская помощь при социально-значимых заболеваниях.

Кроме того, 25 субъектов Российской Федерации (Брянская, Ивановская, Курская, Смоленская, Тверская, Архангельская, Астраханская, Саратовская, Ульяновская, Свердловская, Челябинская, Омская, Амурская области, Ставропольский и Алтайский края, г. Санкт-Петербург, Ненецкий автономный округ, Республики Дагестан, Ингушетия, Калмыкия, Карачаево-Черкесская, Чеченская, Марий Эл, Мордовия, Алтай) включили в территориальную программу ОМС дополнительное условие возможности расширения статей расходов при выполнении нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы ОМС.

В соответствии с предоставленной статистической отчетностью в 2009 году доля прочих статей в структуре расходов колеблется от 0,01% до 27,2%, среднероссийский показатель составляет 4,04% (в 2008 - 5,1%). Наибольшая доля прочих статей расходов в общей структуре расходов медицинских организаций отмечается в Ханты-Мансийском автономном округе (27,2%), Чукотском автономном округе (21,6%), Владимирской области (17,9%), Пермском крае (16,3%) Калининградской области (14,7%).

## VII. Заключительная часть

Основной целью реализации территориальных программ ОМС является обеспечение конституционных прав граждан на доступную и качественную медицинскую помощь за счет средств ОМС в рамках реализации территориальных программ ОМС.

В 2009 году по сравнению с предыдущими периодами отмечается положительная динамика исполнения нормативов объемов медицинской помощи, по отношению к нормативам, утвержденным Программой государственных гарантий на 2009 год, а также по отношению к утвержденным территориальным нормативам. Вместе с тем, сохраняется преобладание ресурсоемкой стационарной медицинской помощи при неисполнении нормативов объемов амбулаторной медицинской помощи.

В связи с недостаточностью финансирования доходной части ОМС в первую очередь в части взносов на ОМС неработающего населения, подушевые нормативы финансирования территориальных программ ОМС не достигли рекомендованного постановлением правительства уровня, что связано с недостатком средств консолидированного бюджета субъектов Российской Федерации, низкими темпами реструктуризации объемов медицинской помощи, применением малоэффективных способов ее оплаты.

В структуре расходов медицинских организаций на оказание медицинской помощи, как и в предыдущие годы, преобладают расходы на оплату труда с начислениями, тогда как доля расходов непосредственно на пациента занимают не более 1/5 даже в субъектах Российской Федерации, не имеющих дефицита финансового обеспечения территориальных программ ОМС.

Таким образом, сбалансированность между государственными гарантиями оказания бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации и их объемным и финансовым обеспечением не достигнута.

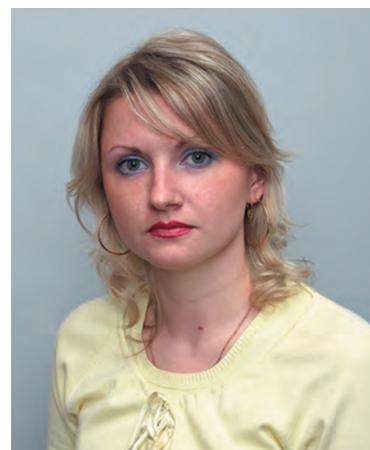
Вместе с тем, в 2009 году сохраняется положительная тенденция по переходу субъектов Российской Федерации на одноканальное финансирование медицинских организаций за счет средств ОМС, что свидетельствует о проводимой органами исполнительной власти данных субъектов Российской Федерации и территориальными фондами ОМС работе по повышению эффективности функционирования отрасли здравоохранения и концентрации источников оплаты медицинской помощи в системе ОМС.

В целях улучшения обеспечения граждан, застрахованных по ОМС, бесплатной медицинской помощью Федеральный фонд обязательного медицинского страхования рекомендует:

- соблюдать сроки, установленные правительством Российской Федерации и Минздравсоцразвития России при утверждении нормативных правовых актов о территориальных программах государственных гарантий;
- обеспечить финансирование территориальных программ ОМС не ниже соответствующих показателей, рекомендованных Программой;
- утвердить нормативы объемов территориальных программ ОМС на основании оценки потребности населения в медицинской помощи с учетом анализа показателей заболеваемости и исполнения объемов медицинской помощи, оказанной в предыдущем периоде по профилям, видам и условиям оказания с применением соответствующих коэффициентов;
- обеспечить дальнейшее внедрение современных медицинских технологий в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальных программ ОМС;
- продолжить оптимизацию объемов медицинской помощи по видам;
- обеспечить контроль за повсеместным внедрением способов оплаты медицинской помощи, ориентированных на повышение эффективности работы медицинской организации, включая оценку исполнения по критериям доступности и качества медицинской помощи;
- обеспечить контроль за выполнением нормативов финансового обеспечения территориальных программ ОМС, в том числе за соблюдением структуры расходов на оказание медицинской помощи;
- осуществлять в постоянном режиме мониторинг реализации территориальных программ ОМС с оценкой показателей удовлетворенности застрахованных лиц;
- продолжить работу по переходу медицинских организаций преимущественно на одноканальное финансирование за счет средств ОМС;
- продолжить работу по актуализации базы застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц.

**Н.С. Соловьёва**  
Федеральный фонд ОМС

## Финансовое обеспечение фондов обязательного медицинского страхования в 2009 году



*Н.С. Соловьёва,  
начальник Управления формирования доходов по ОМС ФОМС*

*Задачи, поставленные перед обязательным медицинским страхованием, требуют постоянной оценки ресурсного потенциала системы. Важнейшими показателями, характеризующими финансовое обеспечение ОМС и роль в этом процессе Федерального фонда обязательного медицинского страхования, являются доходы фондов обязательного медицинского страхования, а также перераспределение средств, поступивших в ФОМС в целях выравнивания уровня финансовой обеспеченности базовой программы обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации.*

Основными источниками поступлений средств на обязательное медицинское страхование являются налоговые доходы и средства на обязательное медицинское страхование неработающего населения, уплачиваемые страхователями для работающего и неработающего населения.

В соответствии со статьей 9.1 Закона Российской Федерации от 28.08.1991 №1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (в редакции

Федерального закона от 23.12.2003 № 185-ФЗ), постановлением правительства Российской Федерации от 15.09.2005 № 570 «Об утверждении Правил регистрации страхователей в территориальном фонде обязательного медицинского страхования при обязательном медицинском страховании и формы свидетельства о регистрации страхователя в территориальном фонде обязательного медицинского страхования при обязательном медицинском страховании», приказом ФОМС от 30.09.2005 № 97 «О форме журнала и структуре ре-

гистрационного номера при регистрации страхователей в ФОМС» территориальные фонды обязательного медицинского страхования (далее – территориальные фонды ОМС) осуществляют регистрацию страхователей при обязательном медицинском страховании.

На 1 января 2010 года в территориальных фондах ОМС состояло на учете более 9 млн страхователей, что на 0,3 млн больше, чем на 1 января 2009 года, из них 83 – органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации. В общей структуре регистрации страхователей юридические лица – организации составляют 4,8 млн (52,9 %), физические лица – 4,2 млн (47,1 %).

По состоянию на 1 января 2010 года в соответствии с договорами обязательного медицинского страхования застраховано 142,2 млн человек, в том числе работающих граждан – 58,8 млн человек, неработающих – 83,4 млн человек. По сравнению с соответствующим периодом прошлого года численность граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, снизилась на 382,3 тысячи человек (0,3%). Уменьшение численности связано в основном с проведением территориальными фондами ОМС актуализации регистра застрахованных в связи с предоставлением информации органами записи актов гражданского состояния в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 17.12.2009г. № 317-ФЗ «О внесении изменений в статью 12 Федерального закона «Об актах гражданского состояния».

В 2009 году в бюджеты Федерального и территориальных фондов ОМС поступило налоговых платежей и средств страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения (включая недоимку и пени) 453 млрд рублей, что составляет 1,16% от валового внутреннего продукта, это несколько выше, чем в 2008 году (431,3 млрд рублей и 1,04 % соответственно). Поступление налоговых доходов в бюджет ФОМС составило 89,8 млрд рублей, что на 0,6% выше, чем в 2008 году (Таблица 1).

По итогам 2009 года отмечен дефицит поступления налоговых доходов в размере 3,7 млрд рублей или 4% от сумм плановых налоговых поступлений, в том числе ЕСН – 3,4 млрд рублей или 3,7%.

В связи с недопоступлением налоговых доходов бюджету ФОМС из федерального бюджета были перечислены средства в размере 17,1 млрд рублей. Кроме того, на предоставление трансфертов бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на реализацию программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи бюджету ФОМС были выделены средства в размере 12,4 млрд рублей.

Эти меры позволили ФОМС исполнить в полном объеме расходные обязательства, предусмотренные Федеральным законом от 25 ноября 2008 года № 215-ФЗ (в редакции Федеральных законов от 28.04.2009 № 79-ФЗ, от 25.11.2009 № 264-ФЗ) “О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2009 год и плановый период 2010 и 2011 годов” в части межбюджетных трансфертов и направить:

– в бюджеты территориальных фондов ОМС на выравнивание финансовых условий деятельности по финансированию территориальных программ обязательного медицинского страхования – 91,6 млрд рублей, из них, из средств нормированного страхового запаса – 5,96 млрд рублей;

– в бюджет Фонда социального страхования Российской Федерации на оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также на диспансерное наблюдение ребенка в течение первого года жизни – 17 млрд рублей.

Согласно данным формы 0503117 «Отчет об исполнении бюджета», утвержденной приказом Министерства финансов Российской Федерации от 13.11.2008 № 128-н, а также форм ведомственного статистического

Таблица 1

Поступление налоговых доходов в бюджет ФОМС в 2009 году, млн рублей

Показатели	Поступило налоговых доходов в бюджет ФОМС		Прирост (+), снижение (-)	% исполнения		2009г. в % к 2008г.
	2008г.	2009г.		2008г.	2009г.	
<b>Всего налоговых доходов</b>	89 293,5	89 825,0	531,5	101,2	96,0	100,6
в том числе: единый социальный налог	88 273,7	88 832,1	558,5	101,2	96,3	100,6
налоговые доходы по специальным налоговым режимам (в том числе недоимка, пени и штрафы по взносам)	1 019,8	992,8	- 27	97,8	79,2	97,4

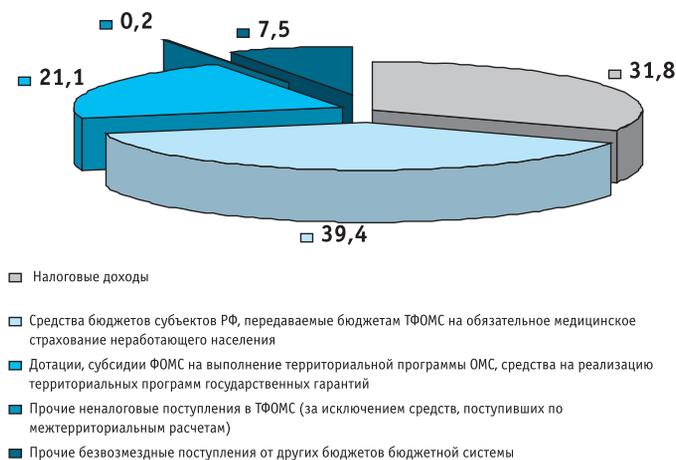


Рисунок 1. Структура средств, поступивших в бюджеты территориальных фондов ОМС в 2009 году на финансирование территориальной программы ОМС в разрезе источников финансирования (в процентах)

наблюдения №№ ЕСО-ТФОМС и СВ-ТФОМС, утвержденных приказом ФОМС от 29.12.2005 № 130, в 2009 году в территориальные фонды ОМС поступило 551,5 млрд рублей, из них на финансирование территориальной программы ОМС – свыше 510 млрд рублей.

Поступление налоговых доходов и средств на обязательное медицинское страхование неработающих граждан в бюджеты ТФОМС составило 363,2 млрд рублей (65,8 % от всех доходов). По сравнению с 2008 годом прирост составил 21,2 млрд рублей или 6,2 %. Исполнение годовых бюджетных назначений составило 99,3% (Таблица 2).

Поступления налоговых доходов на счета территориальных фондов ОМС в 2009 году составили 162,3 млрд рублей (в том числе единого социального налога – 153,1 млрд рублей), что на 140 млн рублей меньше, чем в 2008 году. В 34-х субъектах Российской Федерации налоговые поступления снизились, из них в 22-х при одновременном исполнении годовых бюджетных назначений менее, чем на 100%. Наибольшее снижение произошло в Липецкой области (на 4,8%, годовые бюджетные назначения исполнены на 72,1%), Пермском крае (4,5%, 85,5%), Костромской области (0,8%, 84,4%), Республике Марий Эл (0,3%, 86,8%).

Таблица 2

Показатели	Поступило в ТФОМС, млн рублей		Структура поступлений в 2009 году, %	Темп роста поступлений, %	Исполнение, %
	2008г.	2009г.			
1	2	3	4	5	6
<b>Всего налоговых доходов и средств бюджетов РФ на ОМС неработающего населения</b>	341 985,6	363 175,2	100	106,2	99,3
в том числе: налоговые доходы	162 414,5	162 274,5	44,7	99,9	98,7
в том числе: единый социальный налог, зачисляемый в ТФОМС	153 020,2	153 089,6	42,2	100,05	98,8
недоимка, пени и штрафы по взносам в территориальные фонды	306,6	352,3	0,1	114,9	153,3
налоговые доходы по специальным налоговым режимам	9 087,8	8 832,7	2,4	97,2	97,04
Средства бюджетов субъектов Российской Федерации на обязательное медицинское страхование неработающего населения (включая недоимки и пени)	179 571	200 900,6	55,3	111,9	99,75



Рисунок 2. Финансовое обеспечение населения, застрахованного по ОМС за счет средств налогов, средств бюджетов субъектов РФ на ОМС неработающего населения, дотаций и субсидий ФОМС, поступающих в фонды ОМС (в рублях, в среднем на 1 застрахованного жителя)

В среднем по Российской Федерации на 1 работающего жителя, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию, поступило 2 682,6 рубля, что на 1,7% (47,2 рубля) меньше, чем в 2008 году (Рисунок 2).

Исполнение бюджетов территориальных фондов ОМС в части поступления единого социального налога в 2009 году в среднем по Российской Федерации составило 98,8 %. При этом в 50-ти субъектах Российской Федерации и в г. Байконуре превышен средний общероссийский показатель, в 8-и субъектах Российской Федерации поступление единого социального налога составило менее 90% от суммы, подлежащей зачисле-

нию в доходы территориальных фондов ОМС в соответствии с утвержденными бюджетами на 2009 год. Наиболее низкий уровень поступлений наблюдался в Липецкой области – 71,2 %, Ставропольском крае – 83,8 %, Пермском крае – 84,6 %, Костромской области – 84,6 % от сумм, подлежащих зачислению в доходы территориальных фондов.

Необходимо отметить, что суммы страховых взносов на ОМС неработающего населения (с учетом недоимки), утвержденные в бюджетах территориальных фондов ОМС на 2009 год, в среднем по Российской Федерации увеличены в 1,1 раза по сравнению с 2008 годом. Выше,



Рисунок 3. Динамика поступлений средств бюджетов субъектов Российской Федерации на ОМС неработающего населения в доходы бюджетов ТФОМС (в млрд рублей)

чем в среднем по Российской Федерации, запланировано их увеличение в бюджетах Чеченской Республики – в 2,5 раза, Калининградской области – в 2 раза, Ульяновской области – в 1,6 раза, Республике Коми, Чувашской Республике, Ставропольском крае и г. Байконуре – в 1,5 раза, Камчатском крае – в 1,4 раза.

Поступление средств на обязательное медицинское страхование неработающего населения (с учетом пеней и штрафов) по сравнению с 2008 годом возросло на 11,9% и составило 200,9 млрд рублей. При этом в 17-и субъектах Российской Федерации допущено снижение, из них

Недостаток финансирования территориальных программ ОМС за счет собственных источников компенсировался за счет средств ФОМС. В 2009 году в территориальные фонды ОМС из бюджета ФОМС поступило дотаций, субсидий и средств на реализацию территориальных программ 107,8 млрд рублей или 22,9% от основных средств финансирования территориальных программ ОМС. В 8 субъектах Российской Федерации территориальная программа ОМС больше, чем на 50% выполнялась за счет дотаций и субсидий Федерального фонда обязательного медицинского страхования (Республики: Дагестан – 64,7%, Ингушетия – 69,3, Хакасия –

**В среднем по Российской Федерации на одного застрахованного неработающего жителя поступило 2 445,7 рубля, что на 13,1% (282,8 рубля) больше, чем в предыдущем году.**

в трёх при одновременном исполнении годовых бюджетных назначений менее, чем на 100%. Наибольшее снижение произошло в Республике Северная Осетия-Алания (на 9,5%, годовые бюджетные назначения исполнены на 84,1%), Архангельской области (32,6%, 99,96%), Саратовской области (20,6%, 95,6%). В Ненецком автономном округе годовые бюджетные назначения исполнены на 72,5%, Калужской области – на 91,7% (Рисунок 3).

В среднем по Российской Федерации на одного застрахованного неработающего жителя поступило 2 445,7 рубля, что на 13,1% (282,8 рубля) больше, чем в предыдущем году.

50,8, Чеченская Республика – 59,9%, Чувашская Республика – 50,2%; Забайкальский край – 65,6%, Ульяновская область – 54,4%, Сахалинская область – 55,9%).

Кроме того, в некоторых субъектах Российской Федерации выполнение территориальных программ ОМС финансировалось из средств бюджетов субъектов Российской Федерации, муниципальных, городских бюджетов и бюджетов государственных учреждений, а также прочих доходов территориальных фондов ОМС.

Всего из бюджетов субъектов, муниципальных, городских бюджетов и бюджетов государственных учреждений по-



Рисунок 4. Динамика задолженности плательщиков страховых взносов на ОМС неработающего населения (в млн рублей)

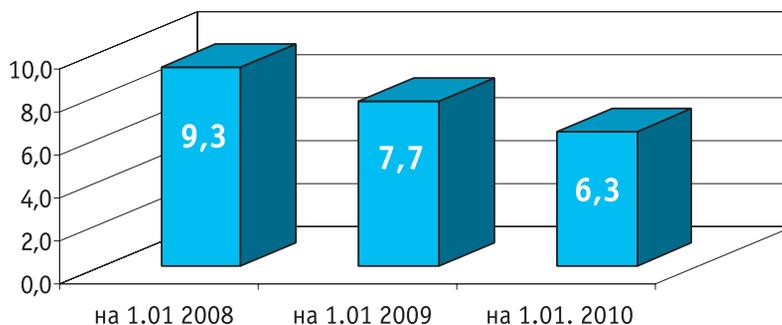


Рисунок 5. Задолженность по страховым взносам на ОМС неработающего населения (включая задолженность по пеням и штрафам), млрд рублей

ступило 44,8 млрд рублей, из них в бюджет Московского городского фонда ОМС – 31,2 млрд рублей, Республики Татарстан – 7,1 млрд рублей, Красноярского края – 1,8 млрд рублей, Пензенской области – 1,3 млрд рублей, Тюменской области – 1,3 млрд рублей.

Результатом деятельности территориальных фондов ОМС по контролю за перечислением средств бюджетов субъектов Российской Федерации на обязательное медицинское страхование неработающего населения явилось исполнение за 2009 год бюджетов территориальных фондов ОМС по поступлению указанных средств в целом по Российской Федерации на 99,8 %. Вместе с тем, в восьми субъектах Российской Федерации обеспечено исполнение бюджета по поступлению страховых взносов на ОМС неработающего населения ниже, чем в среднем по Российской Федерации. На основании данных отчетов по форме №СВ-ТФОМС, предоставленных территориальными фондами ОМС, задолженность по текущим платежам за 2009 год составила 419,1 млн рублей (в т.ч. Калужской области – 100,0 млн рублей, Тульской области – 30,1 млн рублей, Республике Северная Осетия-Алания – 99,2 млн рублей, Ненецкого автономного округа – 77,8 млн рублей, Пензенской области – 112,0 млн рублей), что меньше текущей задолженности 2008 года на 12,4% (Рисунок 4).

В результате контроля за своевременностью и полной перечисления страховых взносов на ОМС неработающего населения ТФОМС по состоянию на 01.01.2010 начислено пеней и штрафов на сумму 213,0 млн рублей, что на 71,4% больше, чем за 2008 год (124,3 млн рублей).

Сумма задолженности плательщиков страховых взносов на ОМС неработающего населения прошлых лет перед территориальными фондами ОМС в целом по Российской Федерации ежегодно снижается. С начала года задолженность уменьшилась на 18,2% (1,4 млрд рублей) и по состоянию на 01.01.2010 составила 6,3 млрд рублей (Рисунок 5).

На 01.01.2010 задолженность прошлых лет по страховым взносам на ОМС неработающего населения отсутствует в 41 субъекте Российской Федерации и г. Байконуре (на 01.01.2009 г. – в 38 субъектах и г. Байконуре). Однако, в 4 субъектах Российской Федерации задолженность по страховым взносам на ОМС неработающего населения прошлых лет перед ТФОМС остается высокой и составляет 49,8% к уровню задолженности в целом по Российской Федерации (Чеченская Республика – 976,3 млн рублей, Кемеровская область – 879,8 млн рублей, Кабардино-Балкарская Республика – 692,7 млн рублей, Калужская область – 586,0 млн рублей).

Следует отметить деятельность территориальных фондов обязательного медицинского страхования, где задолженность прошлых лет по страховым взносам на ОМС неработающего населения в течение 2009 года погашена полностью: Ярославский ТФОМС, Мурманский ТФОМС, РФОМС Дагестан, Карачаево-Черкесский РТФОМС.

1 октября 2009 года ФОМС и ПФР подписано «Соглашение по информационному взаимодействию между Пенсионным фондом Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования» №№ АД-01-33/06 сог / 4688/20-2.

23 ноября 2009 года согласован «Протокол информационного обмена между ПФР и ФОМС», в котором определены порядок, периодичность, состав и форматы данных для информационного взаимодействия на федеральном и региональном уровнях.

Подводя итоги деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования в 2009 году, следует отметить позитивные результаты проводимой работы в части поступления средств бюджетов субъектов Российской Федерации на обязательное медицинское страхование неработающего населения и снижение задолженности по страховым взносам на ОМС неработающего населения прошлых лет.

**Ю.И. Машков, Г.А. Борисова**  
Мордовский республиканский фонд ОМС

## Организация экспертизы объемов и качества медицинской помощи в Республике Мордовия



**Ю.И. Машков,**  
исполнительный директор  
Мордовского республиканского  
фонда ОМС

*Развитие медицинской науки, внедрение новейших диагностических и лечебных методик лечения заболеваний, повышение квалификации медицинского персонала предполагают повышение качества оказания медицинской помощи, повышение эффективности лечения, достижение полного выздоровления больных при заболеваниях, еще недавно считавшихся неизлечимыми. С другой стороны, имеется проблема коммерциализации медицины, снижения доступности получения качественной медицинской помощи для широких слоев населения, в связи с чем защита конституционных прав граждан на получение бесплатной квалифицированной медицинской помощи не теряет своей актуальности и требует постоянной кропотливой работы.*

На территории Республики Мордовия сформирована и развивается система вневедомственного контроля качества медицинской помощи. Создан Общественный Совет при управлении Росздравнадзора, разработано положение об оценке качества медицинской помощи (КМП) в лечебных учреждениях, работающих в системе обязательного медицинского страхования (ОМС), утвержден регистр внештатных врачей-экспертов. Контролю КМП подвергается около 7% случаев оказания медицинской помощи. Проверки проводятся сотрудниками страховых

медицинских организаций и Мордовского республиканского фонда обязательного медицинского страхования с привлечением внештатных врачей-экспертов.

Контроль объемов и качества медицинской помощи проводится в несколько этапов.

На этапе приема счетов и реестров пролеченных пациентов в страховых медицинских организациях в автоматизированном режиме проводится проверка реестров по



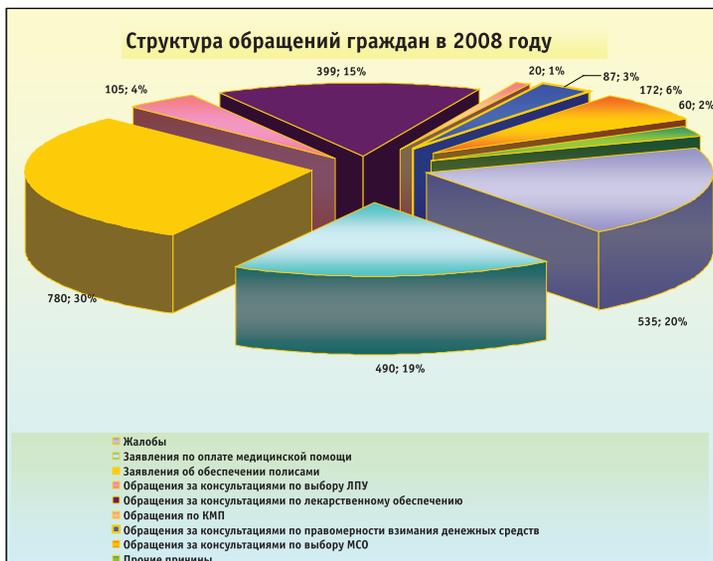
нескольким позициям, в том числе на соответствие оказанной медицинской помощи видам, заявленным в лицензии, соответствие территориальной программе ОМС, правильность применения тарифов и т.д. Далее врачи-эксперты страховых организаций отбирают случаи для экспертизы первичных медицинских документов по заданным параметрам. Все реестры пролеченных пациентов, направленные в страховые медицинские организации, одновременно направляются и в Мордовский республиканский фонд ОМС. Специалисты Фонда имеют полную информацию о пролеченных больных и при необходимости проводят повторную экспертизу реестров, проводят анализ различных показателей (длительности и стоимости лечения) по нозологиям за год, внося изменения в действующие нормативы.

Специалисты исполнительной дирекции МРФОМС, имеющие медицинское образование, проводят экспертизу случаев лечения пациентов, застрахованных на других территориях РФ.

В автоматизированном порядке по заданным параметрам и методом случайной выборки врачи страховых медицинских организаций проводят отбор случаев для экспертизы внештатными врачами-экспертами. В республике имеется регистр внештатных врачей-экспертов, в него включено 92 практических врача, имеющих высшую квалификационную категорию. Привлекаются к экспертизе и сотрудники клинических кафедр медицинского факультета Мордовского государственного университета. Внештатные эксперты проводят работу на договорной основе, оформляют акт экспертизы с за-



*Республиканский госпиталь ветеранов войн (г. Саранск)*



мечаниями по каждому случаю лечения и общие замечания по организации лечебного процесса в учреждении. В половине всех случаев экспертиза проводится с выездом на место, что особенно полезно для врачей, работающих в отдаленных районах республики, так как в таких случаях проводится обсуждение ошибок в тактике ведения больных. При выявлении дефектов в оказании медицинской помощи учреждению предъявляются финансовые санкции, размер которых установлен в процентах от стоимости лечения по тарифам ОМС, согласован с министерством здравоохранения Мордовии и утвержден Согласительной комиссией по тарифам. Самыми частыми дефектами являются: недостаточное обследование пациентов, бездоказательно выставленные диагнозы, несоответствие терапии современному уровню медицинской науки.

В 2008 году врачами страховых медицинских организаций проводились тематические экспертизы качества медицинской помощи. Анализировались случаи оказания медицинской помощи при острых пневмониях, проведен анализ ведения беременных, рожениц и родильниц с гестозом второй половины беременности на базе родильного дома №2 г. Саранска. По результатам проведенной работы опубликованы статьи в издании Мордовского университета.

В условиях дефицита средств на финансирование территориальной программы ОМС в лечебных учреждениях выявляются факты нарушения прав граждан на бесплатное медикаментозное обеспечение при стационарном лечении, взимания платы за диагностические и лечебные процедуры. Для таких случаев фондом раз-



ГУЗ «Детская республиканская клиническая больница» (г. Саранск)



МУЗ «Родильный дом № 2» (г. Саранск)

работан и действует механизм возмещения затрат пациента за услуги в объеме территориальной программы ОМС. Заявление пациента о взимании платы за услугу или приобретение медикаментов при стационарном лечении является поводом для проведения экспертизы. При наличии оснований страховщик понуждает лечебное учреждение к возврату средств пациенту.

Контроль за соблюдением прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи осуществляется также в ходе проверок контрольно-ревизионного отдела с привлечением специалистов МРФОМС, имеющих медицинское образование. При проведении таких комплексных проверок также выявляются случаи нарушения прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи в объеме программы обязательного медицинского страхования. Результаты проверок направляются в органы управления здравоохранением, Росздравнадзор, прокуратуру.

Принятое 13 января 1996 года постановление правительства РФ N 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями» позволяет муниципальным и государственным лечебным учреждениям оказывать платные услуги населению сверх программы государственных гарантий. При этом очень велик соблазн оказывать платные услуги, используя лекарственные средства, расходные материалы, оборудование, приобретенные на средства ОМС и бюджетные средства.

Ситуация с проведением контроля осложняется отсутствием предметно-количественного учета всех лекарственных средств, расходных материалов и изделий медицинского назначения.

В республике поэтапно вводится в эксплуатацию программное обеспечение, позволяющее проводить такой учет, проследить движение медикаментов от поступления на склад лечебного учреждения до пациента. Планируется, что такой учет позволит сэкономить значительные средства и улучшить лекарственное обеспечение в стационарах Республики. Сейчас апробирование программы проводится в восьми лечебных учреждениях, которые оснащаются соответствующими техническими ресурсами, позволяющими эксплуатировать программу, в 2009 -2010 году планируется наладить учет движения лекарственных средств во всех ЛПУ Мордовии.

Сегодня остро стоит вопрос оплаты стационарной медицинской помощи по утвержденным и обчисленным стандартам обследования и лечения по нозологиям.

В настоящее время расчет стоимости законченного случая лечения проводится исходя из утвержденной стоимости койко-дня, средней продолжительности лечения больного с определенным диагнозом и сложностью курации.

Надеемся, что разработанная Федеральным фондом ОМС на 2008-2010 годы «Концепция информатизации системы ОМС» позволит сформировать единую интегрированную систему персонифицированного учета медицинской помощи, единые медико-экономические стандарты, создать единое информационное пространство ОМС, что обеспечит обмен информацией между территориями, а также позволит применять единый методический подход к проведению экспертизы качества медицинской помощи.

Л.Н. Иванова, А.В. Устюгов

# Обязательное государственное медицинское страхование в Федеративной Республике Германия



*Первая из зародившихся в новейшей истории национальных систем здравоохранения была создана канцлером Германии Отто фон Бисмарком в 1881 году. Она представляла собой программу страхования рабочих и их семей и базировалась на уже действовавших в то время законах о компенсациях. Солидарность была главным принципом социального страхования по Бисмарку. С 1980 года немецкая система здравоохранения реформировалась 14 раз. Основная цель модернизации отрасли - затормозить стремительный рост медицинских расходов в стране с быстро стареющим населением.*

*(В данной статье мы продолжаем обзор результатов реформы системы здравоохранения и обязательного государственного медицинского страхования в Федеративной Республике Германия).*

Здравоохранение ФРГ с годовым оборотом в 250 миллиардов евро традиционно считается одним из лучших в мире. Развитая сеть больничных учреждений и врачебных практик обеспечивает высокую доступность и качество медицинской помощи для всех граждан. Насчитывая 4 млн рабочих мест, система здравоохранения является крупнейшей сферой занятости в Германии. По данным Министерства здравоохранения Германии, в целом расходы на здравоохранение составляют 10,4 процента стоимости валового внутреннего продукта, что на 1,5 процента больше, чем в среднем по странам ОЭСР<sup>1</sup>. Последнее десятилетие Германия демонстрирует самый низкий рост расходов на душу населения в сфере здравоохранения среди всех государств ОЭСР. С 2000 по 2005 годы реальные расходы росли здесь на 1,3 процента в год, в странах ОЭСР – в среднем на 4,3 процента. Существенного сокращения расходов удалось добиться путем поэтапного реформи-



*Л.Н. Иванова,  
заместитель  
председателя ФОМС*



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

рования организационных и финансовых основ системы здравоохранения, но, тем не менее, потребность в реформах по-прежнему остается (Рисунок 1).

Законодательство, регулирующее вопросы здравоохранения и государственного обязательного социального страхования в Германии, имеет 3-х уровневую систему. На общегосударственном уровне ключевую роль в проведении реформ здравоохранения, связанных с государственным обязательным страхованием, играют правительство, парламент и Федеральное министерство здравоохранения. Федеральные земли отвечают за планирование работы медицинских стационаров, финансирование больниц, частных лечебниц и учреждений социального обеспечения. Кроме того, они осуществляют надзор за деятельностью больничных касс и производителей фармацевтических препаратов на своей территории. Органы власти федеральных земель ши-

<sup>1</sup> Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) (Organization for Economic Co-operation and Development — OECD) — международная экономическая организация развитых стран. Создана в 1948 году для координации проектов экономической реконструкции Европы в рамках плана Маршалла. В организацию входят 31 государство, в том числе большинство государств — членов ЕС. На долю государств-членов ОЭСР приходится около 60% мирового ВВП.

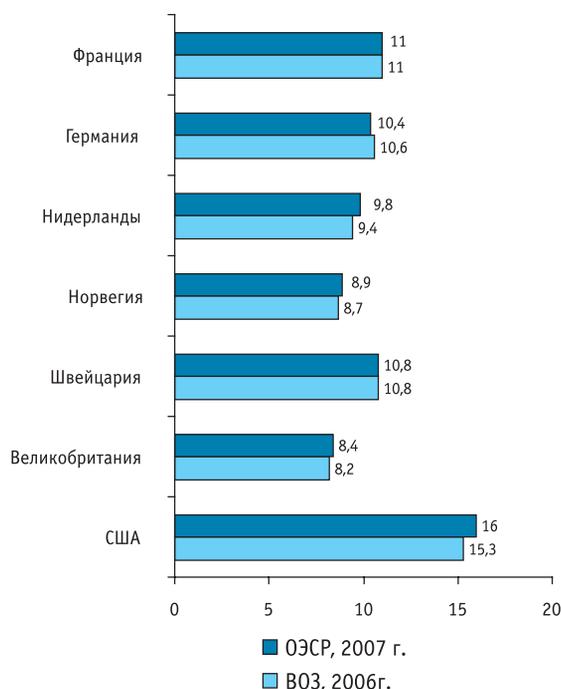


Рисунок 1. Расходы на здравоохранение в % от ВВП в Германии и некоторых других странах. Источник: WHO Statistical Information system, World health statistics 2009; OECD National accounts at a glance 2009

роко применяют практику передачи полномочий по отдельным вопросам здравоохранения на уровень местного самоуправления (Рисунок 2).

В Германии действует старейшая в мире система социального страхования, которая послужила прототипом для многих других стран. Система социального страхования Германии не входит в налоговую систему и состоит из:

1. Государственного медицинского страхования («Gesetzliche Krankenversicherung»);
2. Государственного страхования по длительному уходу (по инвалидности и старости) («Gesetzliche Pflegeversicherung»);
3. Государственного пенсионного страхования («Gesetzliche Rentenversicherung»);
4. Государственного страхования от безработицы («Arbeitslosenversicherung»);
5. Государственного страхования от несчастных случаев («Gesetzliche Unfallversicherung»).

Страховые взносы на первые четыре типа государст-

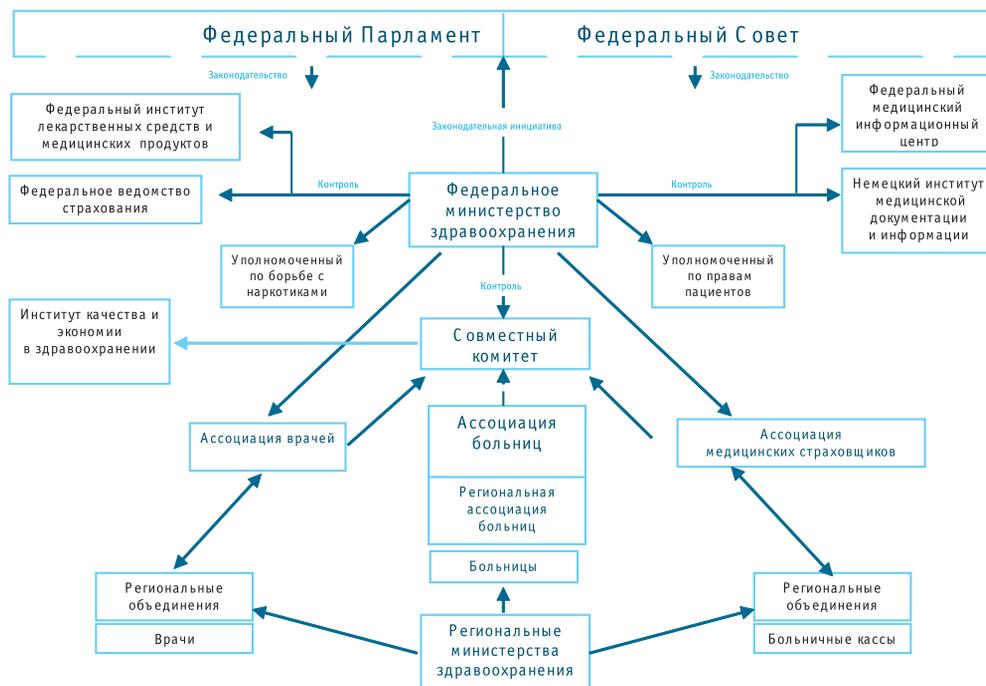


Рисунок 2. Участники системы здравоохранения Германии

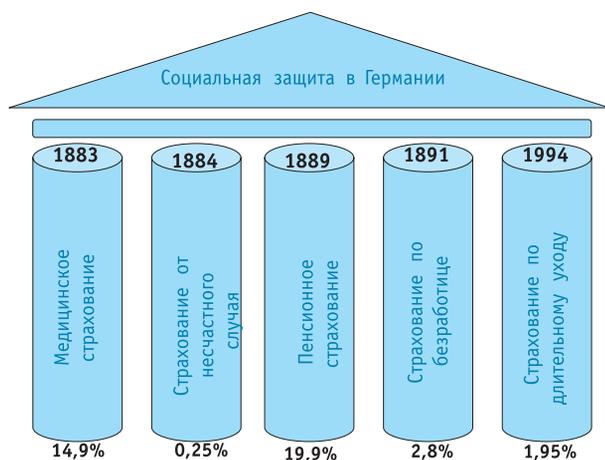


Рисунок 3. Система социального страхования Германии

венного обязательного страхования уплачиваются в размере 50% работодателем и 50% работником. Работодатель выплачивает свою часть в качестве дополнительной суммы к окладу работника (Рисунок 3).

В соответствии с законодательством каждый гражданин Германии обязан иметь медицинскую страховку (с 2007 г.). Система медицинского страхования в ФРГ состоит из государственного обязательного медицинского страхования и частного медицинского страхования. Большинство жителей Германии застраховано в системе государственного обязательного медицинского страхования (приблизительно 89% населения или около 70 млн человек), частную страховку имеют около 9%. Оставшиеся 2% – это представители профессий, подлежащих особому

виду страхования (пожарные, полиция, военные и т.д.), либо лица, вообще не имеющие страховки.

Государственное обязательное медицинское страхование законодательно является обязательным для всех работающих граждан, а также работающих на территории Германии иностранных граждан, с заработной платой менее 48600 евро в год (4050 евро в месяц). Страховой взнос в систему государственного обязательного медицинского страхования представляет собой фиксированный процент от заработной платы, установленный в 2009 году в размере 14,9%. Половину этого взноса (7,0%) платит работодатель, вторую половину (7,0%) оплачивает застрахованный. Дополнительно застрахованный выплачивает взнос в размере 0,9%, который резервируется и направляется для выравнивания условий деятельности больничных касс. Важная особенность заключается в том, что полисы обязательного медицинского страхования являются семейными. Лица, находящиеся на иждивении (неработающая супруга (супруг) и дети) застрахованы по полису работающего члена семьи в той же больничной кассе без внесения дополнительных страховых взносов. Дети застрахованы по полису одного из родителей до достижения 18 лет, а при продолжении обучения в высших учебных заведениях – до 25 лет. Размер страхового взноса не зависит от количества детей, находящихся на иждивении застрахованного. Обязательное медицинское страхование безработных осуществляется за счет средств федерального бюджета, пенсионеров – за счет средств фонда пенсионного страхования (Рисунок 4).

Государственное обязательное медицинское страхование включает: диагностику и профилактику заболеваний; лечение в амбулаторных и стационарных условиях;

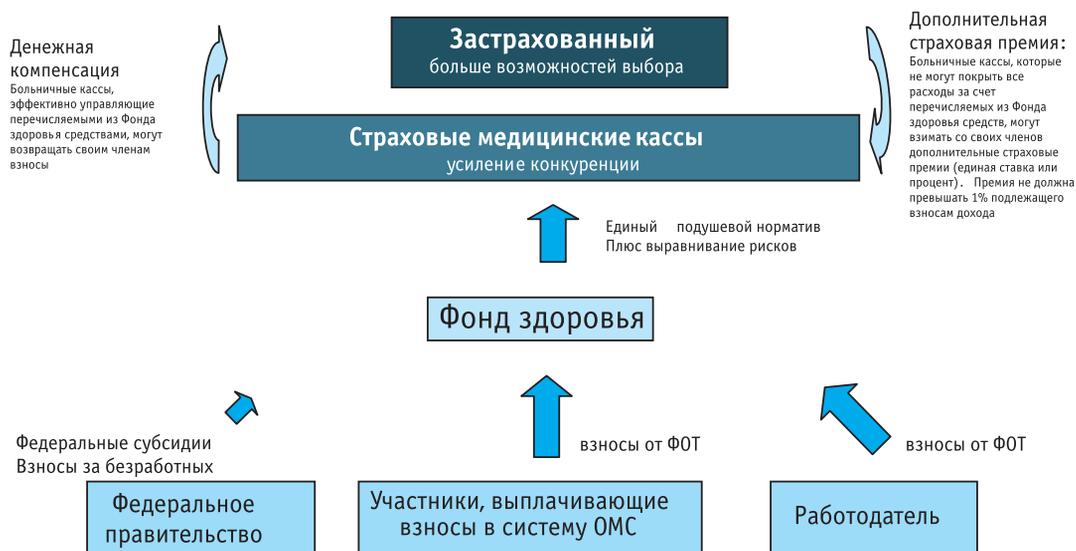


Рисунок 4. Схема финансового обеспечения государственного медицинского страхования Германии

снабжение лекарствами и вспомогательными средствами при амбулаторном и стационарном лечении; выплату пособий в связи с временной утратой трудоспособности (до 6 недель оплачивают работодатели); выплату пособий по материнству, в связи со смертью и т.д. При этом государственная страховка не предусматривает лечение у частных врачей и хирургов, отдельную палату в больнице, альтернативную (гомеопатическую) медицинскую помощь, стоматологические имплантаты, очки для взрослых (кроме инвалидов по зрению), получение страхового обеспечения за пределами Европейского Союза.

Частное медицинское страхование доступно только лицам, имеющим доход более 4050 евро в месяц, а также государственным служащим, самозанятым (предпринимателям), лицам, работающим неполный рабочий день и некоторым другим отдельным категориям граждан. Как правило, частные медицинские страховые программы дают более широкий выбор медицинского и стоматологического обслуживания. Рынок частного медицинского страхования обслуживает около 50 немецких страховых компаний. В отличие от государственного медицинского страхования, страховая премия обычно выплачивается расчете на одного человека. Для вступления в частное медицинское страхование заявителю необходимо доказать, что заработал больше, чем пороговая сумма дохода в течение каждого из 3 последних календарных лет, иначе он автоматически регистрируется как участник государственного обязательного медицинского страхования. Это правило является результатом последних реформ и имеет целью обязать людей, имеющих высокие доходы, остаться в государственной системе медицинского страхования в течение длительного периода времени. Работодатели имеют право (но не обязаны) компенсировать своим работникам часть стоимости страховой премии по частному медицинскому страхованию (Таблица 1).

Основой реформы здравоохранения Германии 2007-го года (Закон об усилении конкуренции) стало создание в системе обязательного медицинского страхования объединенного резерва финансов - Фонд здоровья (Gesundheitsfond), который функционирует с 1 января 2009 года.

Доходы Фонда формируются за счет страховых взносов работающих граждан и их работодателей, а также дотаций из государственной казны (средств, полученных от налогоплательщиков) и различных доплат пациентов (за лекарства, за посещение врачей и пр.). С 2009 года установлена единая величина страхового взноса по всей стране для всех государственных больничных касс, которая составляет сегодня 14,9% от дохода застрахованного.

Таблица 1. Сравнение государственного (обязательного) и частного медицинского страхования в Германии

	Обязательное медицинское страхование	Частное медицинское страхование
<b>Тип страхования</b>	Обязательное страхование по закону	Добровольное страхование по договору
<b>Охват</b>	85%: 75% обязаны по закону (работающие с низким уровнем доходов; неработающие; пенсионеры) и 10% добровольно застрахованные	10%: исключенные из ОМС (самозанятые, государственные служащие)
<b>Страховое обеспечение</b>	Единое для всех: стационарное лечение, амбулаторное лечение, лекарства, стоматология, реабилитация, транспорт и пособие по болезни Принцип индивидуального пособия в натуральной форме (за исключением выплат по болезни, пособия по материнству)	Объем страхового обеспечения по выбору застрахованного Принцип возмещения расходов
<b>Финансовое обеспечение</b>	Доля от ФОТ (2010: 14,9%): распределяется между работодателем (7,0%) и застрахованным (7,9%); не зависит от рисков	Размер премии определен рисками
<b>Страховщики</b>	~168 больничных касс (самоуправляемые некоммерческие юридические лица публичного права)	~50 частных страховщиков
<b>Регулирование</b>	Кодекс социального права	Страховое право
<b>Поставщики мед. помощи</b>	Выбор между всеми поставщиками (~ 97% в амбулаторной помощи, 99% койко-мест)	Свободный выбор
<b>Перераспределение средств</b>	от здоровых к больным от молодых к пожилым от одиноких к семьям от богатых к бедным от мужчин к женщинам	От здоровых к больным; Других перераспределений нет
<b>Сострахование иждивенцев</b>	Сострахование без дополнительных затрат	Сострахование до дополнительному договору с соответствующей премией
<b>Возврат премии</b>	Только для добровольно застрахованных	Да



Государственная больничная касса AOK Berlin-Brandenburg, Берлин

Государственные больничные кассы являются основными институциональными образованиями в обязательном медицинском страховании Германии. Выделяют местные больничные кассы, больничные кассы предприятий, альтернативные больничные кассы, сельскохозяйственные больничные кассы, больничные кассы ремесленников, больничные кассы Союза железнодорожников и моряков. В правовом отношении они относятся к публично-правовым образованиям, являются самоуправляемыми организациями и подлежат государственному надзору на уровне федеральных земель.

Распределение финансовых средств между больничными кассами осуществляется Фондом здоровья по определенным критериям, общее количество которых 152 (возраст, пол, вид заболевания (106 групп по заболеваниям, по 80 нозологиям) и другие). Кроме того, дополнительные суммы выделяются для тяжелобольных, нуждающихся в значительных расходах на лечение. Расчет осуществляется от базовой ставки (в 2010 году - 185,64 евро) по специальной методике, в зависимости от выше названных критериев производится применение повышающих или понижающих коэффициентов к базовой ставке (Рисунок 5).

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

В случае, когда больничной кассе не хватает средств, получаемых из Фонда здоровья для покрытия своих расходов, она имеет право взимать с застрахованных дополнительный страховой взнос, поступающий непосредственно на счет кассы. Закон разрешает повыше-

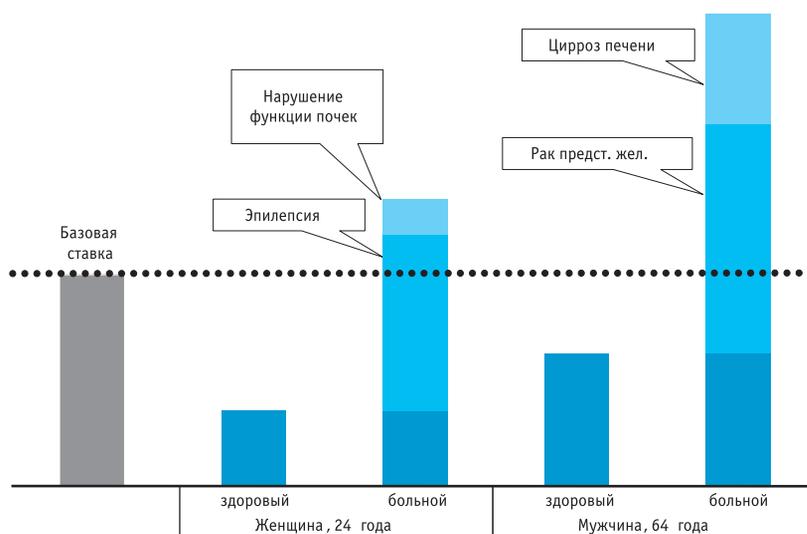


Рисунок 5. Принцип установления дифференцированного подушевого норматива финансирования



Учебный семинар «Больницы и клиники Германии – их хозяйственные формы»

ние единого для всей страны взноса только в случае, если в течение двух лет доход здравоохранения не покрывает всех расходов по меньшей мере на 95%.

Решение о повышении страхового взноса больничные кассы принимают самостоятельно (административный совет кассы по предложению правления). При этом их решения должны быть рассмотрены и утверждены наблюдательными органами – Федеральным ведомством по надзору за страховыми компаниями для касс, имеющих филиалы по всей стране, или Земельной контрольной службой для региональных касс.

Без проверки состояния доходов застрахованного размер взноса можно увеличить автоматически на восемь евро. Верхняя граница размера взноса ограничена законодательно – 1% от дохода застрахованного. Предельный доход, облагаемый взносами, составляет 3 750 евро в месяц. Таким образом, страховой взнос может быть повышен максимально до 37,5 евро в месяц. Застрахованные должны быть извещены больничной кассой не менее чем за четыре недели о предстоящем изменении размеров выплат, чтобы застрахованный располагал временем для перехода на обслуживание в другую больничную кассу, с более низким страховым взносом.

Средства дополнительного взноса направляются только на ликвидацию несоответствия между получаемыми кассой финансовыми средствами из Фонда здоровья и ее плановыми расходами.

После получения извещения о повышении страхового взноса застрахованный может воспользоваться особым правом расторжения договора. Если в течение четырех недель после получения сообщения из больничной кассы, застрахованный воспользуется этим правом, он может не платить дополнительный взнос, но обязан именно в этот период сменить кассу. Для расторжения страхового договора и смены больничной кассы в обычном порядке необходимо состоять членом кассы не менее 18 месяцев, при этом длительность процедуры расторжения договора составляет два месяца. Однако в случае изменения страхового взноса вступает в силу особое право расторжения договора, которое в данном случае может быть применено незамедлительно.

Дополнительный взнос представляет собой часть страхового взноса, который застрахованные лица должны оплачивать в обязательном порядке. Неплательщики взносов получают напоминание о необходимости уплаты и предупреждение, а затем средства удерживаются исполнительными органами. Обязанность по уплате дополнительного взноса не распространяется на детей и других членов семьи, застрахованных по семейной страховке. За получателей социальной помощи, базового обеспечения, безработных, пенсионеров доплата принимает на себя соответствующее ведомство.

В качестве компенсации за дополнительные взносы больничные кассы могут предоставлять пациентам такие дополнительные услуги, как направление к известным специалистам, доступ к новым методам лечения, запись в медицинские лечебные центры, сокращение срока ожидания приема, оплата профилактических обследований.

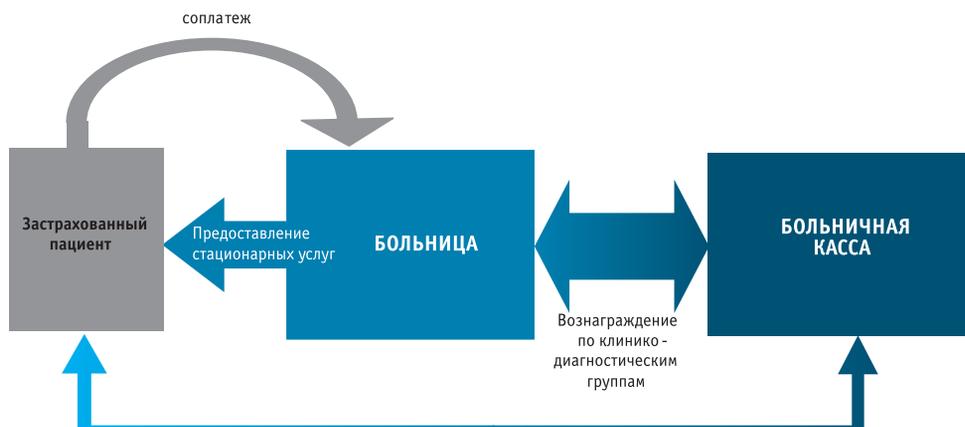


Рисунок 6. Система вознаграждения врачей стационарного звена

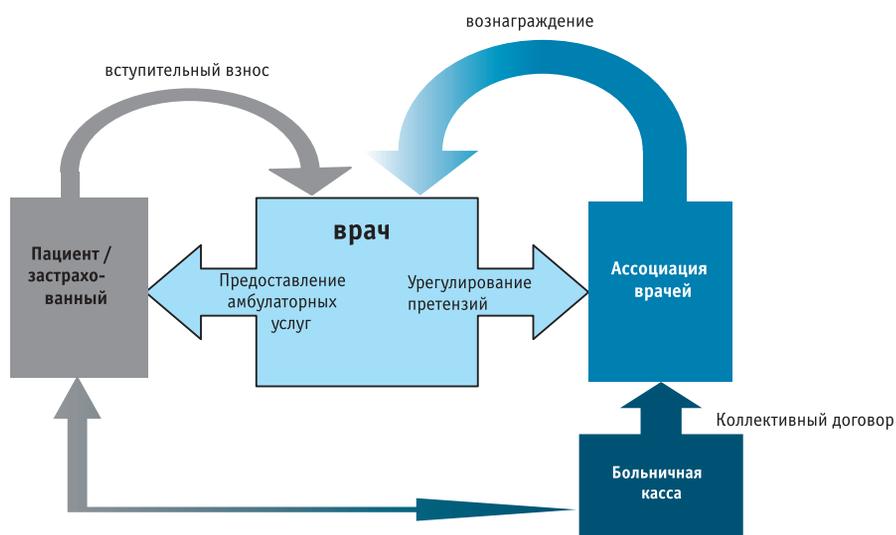


Рисунок 7. Система вознаграждения врачей амбулаторного звена

В 2010 году ряд больничных касс уже объявили о повышении взносов на восемь евро, а некоторые установили максимально разрешенное законом увеличение до 1% от дохода застрахованных.

В целях обеспечения финансовой стабильности и предотвращения перехода застрахованных из одной кассы в другую последнее десятилетие активно происходят процессы слияния и укрупнения больничных касс. Так, в 1994 году было 1 000 больничных касс, сейчас их всего 168, что приводит к сокращению административных расходов. Это создает преимущества для застрахованных небольших больничных касс за счет расширения списка медицинских услуг при слиянии с крупными кассами.

Для обеспечения застрахованных информацией о деятельности больничных касс существует специальный интернет-портал, где можно получить полную информацию о любой больничной кассе и независимое экспертное сравнение ее с другими. На портале представлен ежемесячно обновляемый перечень всех больничных касс, данные об основных и дополнительных медицинских услугах, тарифах, бонусах, взносах, возможностях слияний и прочем.

Финансирование расходов больниц осуществляется из двух источников: капиталовложения в стационарные медицинские учреждения, внесенные в больничные планы (планируются 16 земельными правительствами), финансируются той или иной федеральной землей совместно с федеральным правительством; больничные кассы оплачивают текущие расходы и ремонт.

Немецкий вариант австралийской системы клинко-диагностических групп заболеваний (DRG) является единственной системой оплаты расходов больниц (за

исключением психиатрических). С января 2004 года все больницы осуществляют свою деятельность по системе DRG. Постепенно, начиная с 2005 года к 2009 году оплата текущих расходов больниц переведена от отдельных больничных бюджетов, значительно дифференцированных между собой, на систему единых базовых ставок. Система DRG внедрялась поэтапно и постоянно адаптируется при поддержке Института разработки системы оплаты больниц (Рисунок 6).

Оплата деятельности врачей амбулаторного приема осуществляется при посредничестве врачебных ассоциаций. Региональные врачебные ассоциации ежегодно заключают коллективные контракты

на амбулаторные услуги от имени всех врачей, состоящих в ассоциации и принимающих пациентов с полисами ОМС. Больничные кассы ежемесячно переводят ассоциациям фиксированную сумму, отпускаемую на человека с учетом количества застрахованных по ОМС, живущих в регионе; таким образом, формируются бюджеты амбулаторных медицинских услуг. Региональные врачебные ассоциации делят эти средства на отдельные фонды для семейных врачей (врачей общей практики), специалистов и распределяют среди своих членов в соответствии с единой федеральной шкалой расценок с учетом особенностей федеральной земли.

Врачи получают оплату от региональных врачебных ассоциаций, частных медицинских страховых компаний и из других источников по принципу гонорара за лечение определенного заболевания. Лимиты оказания услуг устанавливаются в зависимости от характера заболевания и возраста больного и контролируются региональными врачебными ассоциациями или объединенными комитетами их представителей или представителей больничных касс. Допускаются исключения, необходимость которых для пациента подтверждается документально (Рисунок 7).

По прогнозам аналитиков ФРГ в 2010 году дефицит финансового обеспечения государственного обязательного медицинского страхования составит 7,45 млрд евро, часть которого, 3,9 млрд евро, будет погашена за счет дополнительных государственных дотаций. Недостаток средств, с учетом дотаций, составит 3,6 млрд евро или около 2% от ожидаемых расходов в 2010 году (174 млрд евро). В связи с этим государственные больничные кассы объявили о намерении повысить в 2011 году размер дополнительных страховых взносов.



## **АДМИНИСТРАТИВНЫЙ РЕГЛАМЕНТ**

### **Федерального фонда обязательного медицинского страхования**

#### **по исполнению государственной функции «Организация обеспечения своевременного и полного рассмотрения устных и письменных обращений граждан с уведомлением заявителей о принятии по ним решений и направление ответов в установленный законодательством Российской Федерации срок»**

Утверждён приказом Министерства здравоохранения и социального развития  
Российской Федерации от 03 декабря 2009 года № 947н

#### **I. Общие положения**

1. Административный регламент Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – ФОМС) по исполнению государственной функции «Организация обеспечения своевременного и полного рассмотрения устных и письменных обращений граждан с уведомлением заявителей о принятии по ним решений и направление ответов в установленный законодательством Российской Федерации срок» (далее – Административный регламент) определяет сроки и последовательность исполнения административных процедур, связанных с реализацией гражданином Российской Федерации (далее – гражданин) конституционного права на обращение в государственные органы, а также устанавливает порядок взаимодействия между структурными подразделениями, должностными лицами ФОМС и гражданами при своевременном и полном рассмотрении их обращений, принятии по ним решений и подготовке и направлении ответов заявителям.

2. Исполнение государственной функции регламентируется следующими нормативными правовыми актами:

– Конституцией Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, № 3, ст. 152; № 7, ст. 676; 2001, № 24, ст. 2421; 2003, № 30, ст. 3051; 2004, № 13, ст. 1110; 2005, № 42, ст. 4212; 2006, № 29, ст. 3119; 2007, № 1, ст. 1; № 30, ст. 3745);

– Федеральным законом от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 19, ст. 2060);

– Федеральным законом от 27.07.2006 № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 31 (1 ч.), ст. 3448);

– Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.11.2005 № 679 «О порядке разработки и утверждения административных регламентов исполнения государственных функций (предоставления государственных услуг)» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2005, № 47, ст.4933; 2007, № 50, ст.6285; 2008, № 18, ст.2063);

– Постановлением Правительства Российской Федерации от 29.07.1998 № 857 «Об утверждении Устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 32, ст. 3902; 2004, № 51, ст. 5206; 2007, № 1 (2 ч.), ст. 309; 2008, № 44, ст. 5087);

– Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 № 5487-1 (Ведомости Съезда народных депутатов и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, № 33, ст. 1318; Собрание законодатель-

ства Российской Федерации, 1999, № 51, ст. 6289; 2000, № 49, ст. 4740; 2003, № 2, ст. 167; 2003, № 27, ст. 2700; 2004, № 27, ст. 2711; 2004, № 35, ст. 3607; 2004, № 49, ст. 4850; 2005, № 10, ст. 763; 2005, № 52 (1 ч.), ст. 5583; 2006, № 1, ст. 10; 2006, № 6, ст. 640; 2007, № 1(1 ч.), ст. 21; 2007, № 31, ст. 4011; 2007, № 43, ст. 5084; 2008, № 30 (ч.2), ст. 3616; 2008, № 45, ст. 5149; 2008, № 52 (ч.1), ст. 6236; 2009, № 1, ст. 17);

– Законом Российской Федерации от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (Ведомости Съезда народных депутатов и Верховного Совета Российской Федерации 1991, № 27, ст. 920; 1993, № 17, ст. 602; Собрание актов Президента и Правительства Российской Федерации, 1993, № 52; Собрание законодательства Российской Федерации, 1994, № 10, ст. 1108; 2002, № 22, ст. 2026; 2003, № 52 (ч. I), ст. 5037; 2006, № 31 (ч. I), ст. 3436; 2007, № 1 (ч. I), ст. 21);

– Федеральным законом от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 29, ст. 3699; 2004, № 35, ст. 3607; 2006, № 48, ст. 4945; 2007, № 43, ст. 5084; 2008, № 9, ст. 817);

– Законом Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» (Ведомости Съезда народных депутатов и Верховного Совета Российской Федерации, 1992, № 15, ст. 766; Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, № 3, ст. 140; 1999, № 51, ст. 6287; 2004, № 52, ст. 5275; 2006, № 48, ст. 4943);

– Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.10.1993 № 1018 «О мерах по выполнению Закона Российской Федерации «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР»» (Собрание актов Президента и Правительства Российской Федерации, 1993, № 44, ст. 4198; Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 26, ст. 3078; 2000, № 2, ст. 246; 2005, № 43, ст. 4398);

– Типовыми правилами обязательного медицинского страхования граждан, утвержденными директором Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 03.10.2003 № 3856/30-3/и (зарегистрированными Минюстом России 24.12.2003, регистрационный № 5359), с изменениями, внесенными Приказами ФОМС от 24.11.2004 № 74 (зарегистрирован Минюстом России 06.12.2004, регистрационный № 6167), от 10.05.2006, № 55 (зарегистрирован Минюстом России 20.06.2006, № 7946), от 21.03.2007, № 56 (зарегистрирован Минюстом России 18.04.2007, регистрационный № 9295).

3. Положения настоящего Административного регламента распространяются на устные и письменные, индивидуальные и коллективные обращения граждан, кроме регулируемых соответствующими законодательными и другими нормативными правовыми актами, и не распространяются на взаимоотношения граждан и ФОМС в процессе реализации им иных государственных функций.

4. Государственная функция исполняется ФОМС в отношении граждан Российской Федерации, а также иностранных граждан и лиц без гражданства, за исключением случаев, предусмотренных международным договором Российской Федерации или законодательством Российской Федерации.

5. Государственная функция осуществляется специалистами и должностными лицами ФОМС, осуществляющими работу с обращениями граждан (далее – должностные лица), которые несут установленную законодательством Российской Федерации ответственность за нарушения порядка, определенного Административным регламентом.

В случаях, если обращение содержит вопросы, не входящие в компетенцию ФОМС, исполнение государственной функции осуществляется во взаимодействии с другими органами исполнительной власти, наделенными соответствующими полномочиями.

6. Результатом исполнения государственной функции является:

– устный или письменный ответ на поставленные в обращении вопросы с учетом данных ответов и разъяснений на ранее поступившие обращения того же заявителя;

– меры, направленные на восстановление или защиту нарушенных прав, свобод и законных интересов гражданина в связи с его обращением.

Государственная функция исполняется бесплатно.

## II. Требования к порядку исполнения государственной функции

7. Порядок информирования о правилах исполнения государственной функции.

Информация по процедурам исполнения государственной функции размещается на портале ФОМС (<http://www.ffoms.ru>) в сети Интернет, в средствах массовой информации.

На портале ФОМС, в средствах массовой информации, на информационных стендах ФОМС должна быть размещена следующая информация:

- место нахождения ФОМС;
- номера телефонов для справок, адреса электронной почты, адреса официальных сайтов ФОМС;
- описание процедур исполнения государственной функции;
- перечень причин для отказа в исполнении государственной функции;
- порядок обжалования действий (бездействия) и решений, осуществляемых (принятых) должностными лицами в рамках исполнения государственной функции;
- извлечения из нормативных правовых актов, регламентирующих исполнение государственной функции.

Стенд, содержащий информацию об организации рассмотрения обращений граждан, размещается при входе в ФОМС.

Сведения о месте нахождения ФОМС, почтовом адресе для направления документов и обращений, о справочных телефонных номерах и адресе электронной почты для направления обращений представлены в приложении № 1 к Административному регламенту Федерального фонда обязательного медицинского страхования по исполнению государственной функции (далее – настоящий Административный регламент), а также на портале ФОМС.

Информация о процедурах исполнения государственной функции (далее – информация о процедурах) предоставляется бесплатно.

Для получения информации о порядке исполнения государственной функции граждане обращаются:

- лично в ФОМС;
- по телефону;
- в письменном виде почтой в ФОМС;
- электронной почтой в ФОМС ([obrasheniya@ffoms.ru](mailto:obrasheniya@ffoms.ru)).

Основными требованиями к информированию граждан являются:

- достоверность представляемой информации;
- четкость в изложении информации;
- полнота информирования;
- наглядность форм представляемой информации о процедурах;
- удобство и доступность получения информации о процедурах;
- оперативность представления информации о процедурах.

Информирование граждан организуется следующим образом:

- публичное информирование проводится посредством привлечения средств массовой информации (далее – СМИ), радио, телевидения, а также путем размещения информации на портале ФОМС в сети Интернет, на информационных стендах в ФОМС;

– индивидуальное информирование проводится в форме устного ответа (лично или по телефону) и письменного ответа заявителю по почте.

Лицами, ответственными за индивидуальное устное информирование, являются:

– в ФОМС (по телефону) – должностное лицо ФОМС, осуществляющее индивидуальное устное информирование, которое дает разъяснения по компетенции структурных подразделений. В случае, если заявитель обратился в ФОМС по вопросам,

не входящим в компетенцию ФОМС, то его переадресуют в соответствующую организацию.

Сотрудник ФОМС осуществляющий индивидуальное устное информирование, должен принять все необходимые меры для дачи полного и оперативного ответа на поставленные вопросы.

В случае необходимости сотрудник ФОМС, осуществляющий индивидуальное устное информирование, может предложить гражданам обратиться за требуемой информацией в письменном виде либо назначить другое удобное для граждан время для устного информирования.

Индивидуальное письменное информирование при обращении граждан в ФОМС осуществляется путем направления ответов почтовым отправлением.

Прием и регистрация письменных обращений осуществляется общим отделом ФОМС.

Председатель ФОМС (или уполномоченное им должностное лицо) в соответствии со своей компетенцией определяет непосредственного исполнителя для подготовки ответа.

Ответ на вопрос предоставляется в простой, четкой и понятной форме с указанием должности лица, подписавшего ответ, а также фамилии, имени, отчества и номера телефона непосредственного исполнителя.

Ответ направляется в письменном виде или электронной почтой в зависимости от способа обращения граждан за информацией.

При индивидуальном письменном информировании ответ направляется гражданам в течение 30 дней со дня регистрации обращения.

При индивидуальном устном информировании граждан (по телефону или лично) сотрудник ФОМС, осуществляющий индивидуальное устное информирование, дает ответ самостоятельно. Если сотрудник, к которому обратился гражданин, не может ответить на вопрос самостоятельно, то он может предложить гражданину обратиться в письменной форме либо назначить другое удобное для гражданина время для получения информации.

Индивидуальное письменное информирование (по почте) осуществляется почтовым отправлением письма по адресу, указанному гражданином, и должно содержать: ответы на поставленные вопросы, должность, фамилию, инициалы и номер телефона исполнителя. Ответ подписывается председателем ФОМС, заместителем председателя ФОМС или уполномоченными ими лицами. Письмо направляется почтой по адресу, указанному гражданином в срок, не превышающий 30 дней с момента регистрации письменного обращения гражданина.

Виды обращений, направляемых гражданами в адрес ФОМС, в соответствии с требованиями к обращениям граждан согласно Федеральному закону от 02.05.2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации»:

– обращение гражданина (далее – обращение) – направленные в ФОМС письменные предложения, заявления или жалобы, а также устные обращения граждан;

– предложение - рекомендация гражданина по совершенствованию законов и иных нормативных правовых актов, развитию и улучшению деятельности учреждений и организаций системы обязательного медицинского страхования;

– заявление - просьба гражданина о содействии в реализации его конституционных прав и свобод или конституционных прав и свобод других лиц либо сообщение о нарушении законов и иных нормативных правовых актов, недостатках в работе учреждений и организаций системы ОМС и должностных лиц, либо критика деятельности указанных учреждений и организаций системы ОМС или должностных лиц;

– жалоба - просьба гражданина о восстановлении или защите его нарушенных прав, свобод или законных интересов либо прав, свобод или законных интересов других лиц.

При этом к обращениям могут быть приложены копии документов, подтверждающих доводы, изложенные в обращениях граждан.

#### 8. Требования к местам исполнения государственной функции.

Организация приема граждан осуществляется в специально отведенных местах, учитывающих необходимость обеспечения комфортными условиями заявителей и должностных лиц, в том числе обеспечение возможности реализации прав инвалидов на исполнение по их заявлению государственной функции, и в соответствии с графиком работы ФОМС.

Для ожидания приема и заполнения необходимых для исполнения государственной функции документов гражданам отводятся места, оборудованные столами, стульями, а также необходимыми канцелярскими принадлежностями (для возможности оформления документов).

Столы оборудованы телефонным аппаратом и справочником служебных телефонов сотрудников ФОМС.

Вход и передвижение по помещениям, в которых проводится личный прием, не создает затруднений для лиц с ограниченными возможностями.

#### 9. Сроки исполнения государственной функции.

Срок регистрации письменных обращений в ФОМС – 3 дня. В случае поступления обращения в день, предшествующий праздничным или выходным дням, его регистрация производится в рабочий день, следующий за праздничными или выходными днями.

Письменные обращения граждан по вопросам, не относящимся к компетенции ФОМС, в срок до 7 дней со дня их регистрации в ФОМС подлежат переадресации в соответствующие органы, в компетенцию которых входит решение поставленных в обращении вопросов, с одновременным уведомлением гражданина, направившего обращение, о переадресации его обращения.

В случаях, когда в обращениях наряду с вопросами, относящимися к компетенции ФОМС, содержатся вопросы, подлежащие рассмотрению в других учреждениях, в срок не позднее 7 дней в соответствующие учреждения направляются копии обращений, о чем извещают заявителей.

Общий срок рассмотрения письменных обращений граждан – 30 дней со дня регистрации письменного обращения.

В случаях, требующих проведения соответствующих проверок, изучения и истребования дополнительных материалов, принятия других мер, сроки рассмотрения могут быть в порядке исключения продлены заместителем председателя, не более чем на 30 дней. При этом в течение месяца с момента поступления обращения его автору письменно сообщается о принятых мерах и о продлении срока рассмотрения обращения.

В ФОМС проект ответа гражданину, подготовленный должностным лицом структурного подразделения, ответственного за исполнение поручения (непосредственно или указанного в поручении первым), согласовывается: начальником структурного подразделения, ответственного за исполнение поручения, либо лицом его замещающим с момента получения проекта ответа от должностного лица структурного подразделения, ответственного за исполнение поручения;

начальником структурного подразделения - соисполнителя поручения, либо лицом его замещающим с момента получения проекта ответа от должностного лица структурного подразделения, ответственного за исполнение поручения; должностными лицами, замещающими вышеперечисленных должностных лиц, – в вышеуказанные сроки.

Ответы на обращения граждан в ФОМС подписываются председателем (заместителями председателя) ФОМС с момента получения проекта ответа от должностного лица структурного подразделения, ответственного за исполнение поручения.

#### 10. Основания для приостановления исполнения (отказа в исполнении) государственной функции.

Гражданин вправе получать на свое обращение письменный ответ по существу поставленных в обращении вопросов, за исключением следующих случаев:

– если в письменном обращении не указаны: фамилия гражданина, направившего обращение, и почтовый адрес, по которому должен быть направлен ответ (анонимное обращение);

- если в указанном обращении содержатся сведения о подготавливаемом, совершаемом или совершенном противоправном деянии, а также о лице, его подготавливающем, совершающем или совершившем, обращение подлежит направлению в государственный орган в соответствии с его компетенцией;
- если текст письменного обращения не поддается прочтению, оно не подлежит направлению на рассмотрение в государственный орган, орган местного самоуправления или должностному лицу в соответствии с их компетенцией, о чем сообщается гражданину, направившему обращение, если его фамилия и почтовый адрес поддаются прочтению;
- если ответ по существу поставленного в обращении вопроса не может быть дан без разглашения сведений, составляющих государственную или иную охраняемую федеральным законом тайну, гражданину, направившему обращение, сообщается о невозможности дать ответ по существу поставленного в нем вопроса в связи с недопустимостью разглашения указанных сведений;
- обращение, в котором обжалуется судебное решение, возвращается гражданину, направившему обращение, с разъяснением порядка обжалования данного судебного решения;
- при получении письменного обращения, в котором содержатся нецензурные либо оскорбительные выражения, угрозы жизни, здоровью и имуществу должностного лица, а также членов его семьи, обращение может быть оставлено без ответа по существу поставленных в нем вопросов с одновременным уведомлением гражданина, направившего обращение, о недопустимости злоупотребления правом;
- если в письменном обращении гражданина содержится вопрос, на который ему многократно давались письменные ответы по существу в связи с ранее направляемыми обращениями, и при этом в обращении не приводятся новые доводы или обстоятельства, может быть принято решение о безосновательности очередного обращения и прекращении переписки с гражданином по данному вопросу при условии, что указанное обращение и более ранние обращения направлялись в один и тот же государственный орган, орган местного самоуправления или одному и тому же должностному лицу, с уведомлением о данном решении гражданина, направившего обращение.

### **III. Административные процедуры**

Описание последовательности действий при исполнении государственной функции в части работы с письменными обращениями граждан (приложение № 2 к Административному регламенту)

#### **11. Порядок регистрации, учета и оформления документации письменных обращений граждан.**

Прием и регистрация письменных обращений граждан осуществляется сотрудниками общего отдела ФОМС в базе данных «Канцелярия».

Все письменные обращения регистрируются в 3-х дневный срок с момента поступления. В случае поступления обращения в день, предшествующий праздничным или выходным дням, его регистрация производится в рабочий день, следующий за праздничными или выходными днями.

На письменном обращении проставляется регистрационный штамп, дата регистрации и регистрационный номер, кроме того в общем отделе каждое обращение регистрируется в регистрационной карточке учета, которая при сохранении документа автоматически формируется в базе данных «Обращения граждан» после внесения в регистрационную карточку резолюции руководителя ФОМС и назначения ответственного исполнителя (руководителя структурного подразделения).

Регистрации и учету подлежат все поступившие обращения граждан, включая и те, которые по форме не соответствуют требованиям, установленным законодательством для письменных обращений.

Письменное обращение направляется председателю (заместителю председателя) ФОМС для предварительного рассмотрения по компетенции обращения и наложения резолюции по обращению.

По каждому обращению председателем или заместителем председателя ФОМС не позднее, чем в трехдневный срок, должно быть принято одно из следующих решений:

- о принятии обращения к рассмотрению;

– о направлении обращения по принадлежности в другое учреждение, если вопросы, поднятые в нем, не относятся к компетенции ФОМС;

– об оставлении обращения без рассмотрения на основании требований п.10 настоящего Административного регламента.

После предварительного рассмотрения обращения граждан с резолюцией председателя (заместителя председателя) ФОМС направляются в структурные подразделения ФОМС по компетенции для детального рассмотрения по существу поставленных вопросов и подготовке ответа заявителю.

Начальник структурного подразделения ФОМС, ответственного за рассмотрение обращения граждан, в трехдневный срок с момента регистрации обращений граждан назначает исполнителя для подготовки ответа заявителю.

Ответственный в структурном подразделении за ведение базы данных «Обращения граждан» в регистрационной карточке вносит информацию о заявителе и резолюцию с назначенным исполнителем для подготовки ответа заявителю.

Исполнитель, получивший поручение для рассмотрения обращения, обязан принимать меры к своевременной и полной его проверке, подготовке ответа, выявлению причин его подачи, принимает меры к устранению этих причин в сроки, определенные действующим законодательством, а также проверяет правильность заполнения граф в регистрационной карточке.

Ответ на обращение готовится на бланке ФОМС и регистрируется в общем отделе.

Обращения граждан считаются рассмотренными, если по всем вопросам приняты необходимые меры либо даны исчерпывающие ответы, соответствующие действующему законодательству.

По результатам окончательного рассмотрения обращения в регистрационную карточку учета базы данных «Обращения граждан» заносятся сведения о заявителе и рассмотренном обращении, указания об исполнителе, сроке исполнения, о характере обращения, причинах, проставляется дата отправления ответа заявителю. На тексте обращений надписи не делаются.

Обращения граждан, копии ответов на них и материалы, связанные с их обращением, формируются в дела в соответствии с утвержденной номенклатурой и хранятся в архиве в течение 5 лет.

Делопроизводство по обращениям граждан ведется сотрудниками общего отдела ФОМС и сотрудниками структурных подразделений ФОМС, ответственными за работу с обращениями граждан.

Управление информационно-аналитических технологий обеспечивает администрирование и сопровождение программного обеспечения базы данных «Обращения граждан».

12. Требования к письменному обращению граждан, необходимые для исполнения государственной функции в соответствии с требованиями к обращениям граждан согласно Федеральному закону от 02.05.2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».

Гражданин в своем письменном обращении в обязательном порядке указывает либо наименование учреждения, в которое направляет письменное обращение, либо фамилию, имя, отчество соответствующего должностного лица, либо должность соответствующего лица, а также свои фамилию, имя, отчество (последнее – при наличии), почтовый адрес, по которому должны быть направлены ответ, уведомление о переадресации обращения, излагает суть предложения, заявления или жалобы, ставит личную подпись и дату.

В случае необходимости в подтверждение своих доводов гражданин прилагает к письменному обращению документы и материалы либо их копии.

Обращение, поступившее в ФОМС или должностному лицу по информационным системам общего пользования, подлежит рассмотрению в порядке, установленном настоящим Административным регламентом.

13. Обеспечение условий для реализации прав граждан при рассмотрении письменных обращений в ФОМС и гарантии безопасности гражданина в связи с его обращением, в соответствии с требованиями к обращениям граждан согласно Феде-

ральному закону от 02.05.2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».

При рассмотрении обращения гражданин имеет следующие права и гарантии:

представлять дополнительные документы и материалы либо обращаться с просьбой об их истребовании;

знакомиться с документами и материалами, касающимися рассмотрения обращения, если это не затрагивает права, свободы и законные интересы других лиц и если в указанных документах и материалах не содержатся сведения, составляющие государственную или иную охраняемую федеральным законом тайну;

материалы территориальных фондов ОМС, страховых медицинских организаций, лечебно – профилактических учреждений и других организаций, поступивших в ФОМС в рамках рассмотрения обращений граждан, содержащих информацию конфиденциального характера или ограниченного доступа, заявителям не предоставляются;

получать письменный ответ по существу поставленных в обращении вопросов, уведомление о переадресации письменного обращения в государственный орган, орган местного самоуправления или должностному лицу, в компетенцию которых входит решение поставленных в обращении вопросов, за исключением случаев, указанных в пункте 2.3 настоящего Административного регламента;

обращаться с жалобой на принятое по обращению решение или на действие (бездействие) в связи с рассмотрением обращения в административном и (или) судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации;

обращаться с заявлением о прекращении рассмотрения обращения;

запрещается преследование гражданина в связи с его обращением с критикой деятельности учреждений и организаций системы ОМС либо в целях восстановления или защиты своих прав, свобод и законных интересов либо прав, свобод и законных интересов других лиц;

при рассмотрении обращения не допускается разглашение сведений, содержащихся в обращении, а также сведений, касающихся частной жизни гражданина, без его согласия. Не является разглашением сведений, содержащихся в обращении, направление письменного обращения в государственный орган, орган местного самоуправления или должностному лицу, в компетенцию которых входит решение поставленных в обращении вопросов.

#### 14. Порядок рассмотрения письменных обращений граждан в ФОМС.

Обращения, поступившие в ФОМС, подлежат обязательному рассмотрению в соответствии с компетенцией.

С целью всестороннего, объективного и своевременного рассмотрения обращений граждан должностные лица ФОМС могут запрашивать необходимые для рассмотрения письменных обращений граждан документы и материалы в других государственных органах, органах местного самоуправления и у иных должностных лиц, за исключением судов, органов дознания и органов предварительного следствия.

Обращения, в которых содержится информация о нарушениях гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи рассматриваются не только ФОМС, но и направляются для рассмотрения в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Обращения, связанные с деятельностью медицинских учреждений, работающих в системе ОМС, могут быть рассмотрены в пределах компетенции ФОМС или направлены в органы управления здравоохранением.

Обращения, связанные с деятельностью медицинских учреждений, не работающих в системе ОМС, должны быть направлены в организацию, в ведении которой находится соответствующее медицинское учреждение, либо в орган, к компетенции которого относится рассмотрение вопросов, содержащихся в обращении не позднее, чем в семидневный срок.

При повторном обращении дополнительное рассмотрение обращений граждан проводится в случае выявления новых обстоятельств или изменения нормативного правового регулирования в сфере, касающейся решения указанного в обращении вопроса.

Ответ на обращение, поступившее в ФОМС или должностному лицу ФОМС по информационным системам общего пользования, направляется по почтовому адресу, указанному в обращении.

Не допускается направление обращения для рассмотрения тем должностным лицам, действия которых обжалуются.

Гражданам сообщается о решениях, принятых по их обращениям; в случаях неудовлетворительного решения дается мотивированный отказ с разъяснением порядка его обжалования.

Вместе с сообщением о результатах рассмотрения обращения заявителю возвращаются поступившие от него подлинные документы, за исключением подлинного экземпляра обращения, если они не подлежат направлению вместе с заявлением в другое учреждение для рассмотрения по принадлежности.

#### 15. Порядок подготовки ответов на письменные обращения граждан.

При подготовке ответов на письменные обращения граждан в ФОМС в случае, если в поручении о рассмотрении обращения указаны несколько структурных подразделений ФОМС, подлинник обращения направляется структурному подразделению ФОМС – ответственному исполнителю (указанному в поручении первым), копии направляются структурным подразделениям ФОМС – соисполнителям поручения.

Соисполнители в адрес ответственного исполнителя (в 10-дневный срок) направляют свои предложения в соответствии с компетенцией.

В случае, если структурное подразделение ФОМС считает, что вопросы, содержащиеся в обращении гражданина, не относятся к его компетенции, поручение (в день получения или на следующий рабочий день) может быть возвращено в структурное подразделение ФОМС (общий отдел) служебной запиской с соответствующим обоснованием для передачи на повторное рассмотрение председателю (заместителю председателя).

В случае принятия председателем (заместителем председателя) ФОМС решения об изменении структурного подразделения ФОМС – исполнителя поручение о рассмотрении обращения гражданина в тот же день направляется в соответствующее структурное подразделение ФОМС.

Начальник структурного подразделения ФОМС, получившего поручение о рассмотрении обращения, в тот же день принимает организационное решение о порядке дальнейшего рассмотрения обращения.

Резолюция начальника структурного подразделения ФОМС содержит указание должностному лицу о сроке подготовки ответа гражданину.

При подготовке ответов на письменные обращения граждан в ФОМС должностное лицо структурного подразделения исполняет его в соответствии с резолюцией начальника структурного подразделения ФОМС, получившего поручение о рассмотрении обращения.

Должностное лицо структурного подразделения, ответственного за исполнение поручения, изучает обращение гражданина и материалы к обращению гражданина, в том числе в целях установления обоснованности доводов автора обращения и принятия мер по восстановлению или защите его нарушенных прав, свобод и законных интересов, и при необходимости подготавливает служебную записку (запрос) в целях получения необходимой информации в ином структурном подразделении ФОМС или учреждении.

В случаях, если для исполнения поручения необходимы истребование дополнительных материалов либо принятие иных мер, срок исполнения поручения может быть продлен председателем (заместителем председателя) ФОМС, но не более чем на 30 дней.

В этих целях начальник структурного подразделения ФОМС, ответственного за исполнение поручения, не позже чем за три дня до истечения срока исполнения поручения представляет служебную записку на имя председателя (заместителя председателя) ФОМС, курирующего деятельность данного структурного подразделения ФОМС, с обоснованием необходимости продления срока исполнения поручения.

В случае получения разрешения председателя (заместителя председателя) ФОМС о продлении срока исполнения по-

ручения в адрес гражданина направляется уведомление с указанием (при необходимости) срока направления ответа на его обращение.

Обращения граждан считаются рассмотренными, если дан письменный ответ заявителю по существу поставленных в обращении вопросов.

Ответ гражданину за подписью председателя (заместителя председателя) ФОМС направляется в общий отдел ФОМС, ответственный за делопроизводство, для присвоения исходящего регистрационного номера и отправки гражданину.

В случае, если обращение гражданина поступило на рассмотрение из Администрации Президента Российской Федерации, Аппарата Правительства Российской Федерации, Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации, Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации, Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и других органов государственной власти, соответствующая информация направляется, при необходимости, с копией ответа гражданину в Администрацию Президента Российской Федерации, в Аппарат Правительства Российской Федерации, в Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации, в Совет Федерации Федерального Собрания Российской Федерации, Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации и другие органы государственной власти.

В случае, если в письменном обращении гражданина содержится вопрос, на который ему неоднократно давались письменные ответы по существу на ранее направленные им обращения, и при этом в обращении гражданина не приводятся новые доводы или обстоятельства, начальник структурного подразделения, ответственного за исполнение поручения, вправе подготовить предложение (в связи с безосновательностью очередного обращения) о прекращении переписки с гражданином по данному вопросу.

В этом случае начальник структурного подразделения, ответственного за исполнение поручения, представляет на имя председателя (заместителя председателя) ФОМС служебную записку о нецелесообразности продолжения переписки с гражданином по данному вопросу.

В случае принятия председателем (заместителем председателя) ФОМС решения (в письменной форме) о нецелесообразности продолжения переписки с гражданином по данному вопросу в адрес гражданина направляется уведомление о прекращении с ним переписки по данному вопросу.

Если гражданин устранил причины, по которым ответ по существу поставленных в обращении вопросов не мог быть дан ранее, вновь направленное обращение гражданина рассматривается ФОМС в порядке, установленном настоящим Административным регламентом.

## 16. Личный прием граждан.

Личный прием граждан осуществляется председателем ФОМС или уполномоченными на то лицами в соответствии с приказом ФОМС.

Информация о месте приема, о лицах, ведущих прием, а также об установленных для приема днях и часах доводится до сведения граждан.

При личном приеме гражданин предъявляет документ, удостоверяющий его личность.

Во время личного приема гражданин излагает суть вопросов, либо оставляет письменное обращение по существу поднимаемых им вопросов, в том числе в целях принятия мер по восстановлению или защите его нарушенных прав, свобод и законных интересов.

Лицо, уполномоченное осуществлять личный прием граждан, руководствуясь законодательством Российской Федерации и иными нормативными правовыми актами, в пределах своей компетенции вправе принять одно из следующих решений:

- удовлетворить просьбу, сообщив посетителю порядок и срок исполнения принятого обращения;
- отказать в удовлетворении просьбы, разъяснив мотивы отказа и порядок обжалования принятого решения;

– принять письменное заявление, если поставленные посетителем вопросы требуют дополнительного изучения или проверки, разъяснив ему причины, по которым просьба не может быть разрешена в процессе приема, порядок и срок рассмотрения письменного обращения.

Если посетитель по каким-либо причинам не может самостоятельно в письменной форме изложить свою просьбу, лицо, осуществляющее прием, обязано оказать ему в этом необходимую помощь.

Письменное обращение, принятое в ходе личного приема, подлежит регистрации и рассмотрению в порядке, установленном настоящим Административным регламентом. О принятии письменного обращения гражданина производится запись в журнале.

В случае, если изложенные в устном обращении факты и обстоятельства являются очевидными и не требуют дополнительной проверки, ответ на обращение с согласия гражданина может быть дан устно в ходе личного приема, о чем делается запись в журнале. В остальных случаях дается письменный ответ по существу поставленных в обращении вопросов.

В случае, если в обращении содержатся вопросы, решение которых не входит в компетенцию ФОМС или должностного лица, осуществляющего прием, гражданину дается разъяснение, куда и в каком порядке ему следует обратиться, и по возможности ему оказывается необходимое содействие.

В соответствии с пунктом б статьи 13 Федерального закона от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» в ходе личного приема гражданину может быть отказано в дальнейшем рассмотрении обращения, если ему ранее был дан ответ по существу поставленных в обращении вопросов.

#### 17. Порядок рассмотрения устных обращений граждан в ФОМС.

Учет (регистрация) устных обращений граждан и содержание устного обращения заносятся уполномоченными на то лицами непосредственно в базу данных «Обращения граждан» и в журнал, который должен быть пронумерован, прошнурован и скреплен печатью.

В регистрационную карточку вносится информация о заявителе и о завершении работы с устным обращением.

Форма ведения журнала определяется Федеральным фондом ОМС.

В обязательном порядке журнал должен включать следующие разделы:

- дата обращения;
- ФИО, дата рождения обратившегося;
- адрес регистрации и фактического проживания;
- категория (работающие/неработающие граждане, дети до 14 лет, инвалиды);
- тематика обращения;
- ФИО и должность уполномоченного за рассмотрение;
- результат рассмотрения;
- проведенные мероприятия.

В случае, если устные обращения граждан принимаются по телефону, звонивший предупреждается о том, что в целях соблюдения требований Федерального закона от 27.07.2006 № 152 – ФЗ «О персональных данных» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 31 (1ч.), ст. 3451; 2009, 3 48, ст.5716) разговор с ним может быть записан, а содержание беседы отражено в журнале в порядке, установленном Административным регламентом ФОМС, и ему даются устные ответы по вопросам, входящим в компетенцию ФОМС.

Регистрируются устные обращения граждан, принятые по телефону, в журнале, в порядке, установленном настоящим Административным регламентом, и в базе данных «Обращения граждан».

Ответ на устное обращение гражданину дается в порядке, установленном настоящим Административным регламентом.

#### 18. Описание последовательности действий при подготовке отчетности по работе с обращениями граждан в ФОМС.

В целях подготовки отчетности о работе с обращениями граждан в ФОМС уполномоченные должностные лица структурных подразделений ФОМС осуществляют учет обращений граждан, поступивших (в рамках своей компетенции) в соответствующие структурные подразделения ФОМС, а также анализ вопросов, содержащихся в обращениях граждан.

По результатам работы с обращениями граждан формируется отчет в базе данных «Обращения граждан» с разбивкой на письменные и устные обращения, по видам и типам обращений.

Должностные лица структурного подразделения ФОМС (общий отдел), ответственного за предоставление информации по организации работы по рассмотрению обращений граждан, ежегодно на основании данных по работе с обращениями граждан, предоставляемых структурными подразделениями ФОМС по компетенции, подготавливают статистический отчет и аналитическую записку об исполнении ФОМС государственной функции для направления в Минздравсоцразвития России.

#### **IV. Порядок и формы контроля исполнения государственной функции**

19. Контроль исполнения государственной функции осуществляется начальником общего отдела ФОМС, ответственным за регистрацию корреспонденции, поступающей в ФОМС, в том числе и обращений граждан.

Председателю ФОМС и начальникам структурных подразделений ФОМС еженедельно представляется информация о контрольных сроках исполнения поручений по обращениям граждан.

Контролю подлежат все письменные обращения граждан, поступившие в ФОМС.

Поручения о рассмотрении обращений граждан снимаются с контроля в ФОМС после направления окончательного ответа гражданам на их обращения. Поручения, по которым были продлены сроки исполнения или были направлены промежуточные ответы, снимаются с контроля после направления окончательного ответа заявителям на их обращения.

Контроль исполнения в установленные сроки окончательного ответа осуществляет начальник общего отдела и вышестоящий по должности руководитель.

Контроль рассмотрения письменных обращений граждан, поступивших при личном приеме граждан в ФОМС, осуществляется должностными лицами в соответствии с настоящим Административным регламентом.

Руководители ФОМС и должностные лица, ответственные за работу с обращениями граждан, осуществляют в пределах своей компетенции контроль соблюдения порядка и сроков рассмотрения обращений, анализируют содержание поступающих обращений, принимают меры по своевременному выявлению и устранению причин нарушения прав, свобод и законных интересов граждан.

Руководство ФОМС и должностные лица, осуществляющие рассмотрение письменных обращений, прием и консультации граждан, несут ответственность за правильность принятых ими мер.

#### **V. Порядок обжалования действий (бездействия) и решений, осуществляемых (принимаемых) должностными лицами ФОМС в рамках исполнения государственной функции**

20. Граждане вправе обжаловать решения, действия или бездействия должностных лиц, участвующих в исполнении государственной функции, в досудебном порядке у вышестоящего по должности руководителя.

Граждане в досудебном порядке могут обжаловать действия (бездействие) должностных лиц в Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Гражданину направляется сообщение о принятом решении.

Отказ в приеме или рассмотрении обращений граждан, нарушение сроков рассмотрения обращений, разглашение сведений о частной жизни граждан, ставших известными в ходе рассмотрения обращений, неисполнение или ненадлежащее исполнение решений по обращениям граждан влекут дисциплинарную и иную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Должностные лица, осуществляющие рассмотрение письменных обращений, прием и консультации граждан, несут ответственность за правильность принятых ими мер, а также за соответствие законодательству принятых лично ими решений, данных разъяснений, рекомендаций.

Граждане вправе обжаловать решения, действия или бездействия должностных лиц, участвующих в исполнении государственной функции, в судебном порядке.

Заинтересованное лицо вправе обратиться за защитой нарушенных прав и законных интересов в суды общей юрисдикции в порядке, установленном законодательством о гражданском судопроизводстве.

Приложение №1  
к Административному  
регламенту

### СВЕДЕНИЯ О ФОМС ДЛЯ ИНФОРМИРОВАНИЯ

1. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС)
2. Почтовый адрес: Новослободская ул., д.37, Москва, ГСП-4, 127994
3. Новослободская ул., д.37, Москва, ГСП-4, 127994 (станция метрополитена «Менделеевская»)
4. Телефон для справок по письменным обращениям граждан **8(499) 973-49-08, 8(499) 973-49-10**
5. Телефон для справок по личному приёму граждан **8(499) 973-31-86**
6. Телефон для справок по номерам телефонов сотрудников ФОМС **8(499) 978-91-79**
7. Адрес электронной почты для приёма обращений граждан **obrasheniya@ffoms.ru.**
8. Номер телефакса для приёма обращений граждан **8(499) 973-49-30**
9. Информация о сотрудниках:

Фамилия, имя, отчество	Телефон	Примечание
Юрин Андрей Владимирович	8(499) 973-49-35	Председатель ФОМС
Иванова Людмила Николаевна	8(499) 973-49-25	Заместитель председателя ФОМС
Кравчук Светлана Георгиевна	8(499) 973-49-36	Начальник Управления организации ОМС
Сайтгареева Альфия Анваровна	8(499) 973-49-16	Заместитель начальника Управления организации ОМС
Баклашова Марина Анатольевна	8(499) 973-31-86	Начальник отдела по защите прав граждан в системе ОМС (контроль, личный приём и рассмотрение обращений граждан)
Чистова Елена Николаевна	8 (499)973-31-86	Заместитель начальника отдела
Орлова Екатерина Владимировна	8(499)973-31-86	Главный специалист-эксперт отдела



## **НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ И ДОКУМЕНТЫ**



## **ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ**  
от 15 мая 2010 г. №347  
МОСКВА

### **О ПОРЯДКЕ НАПРАВЛЕНИЯ В 2010 ГОДУ ФЕДЕРАЛЬНЫМ ФОНДОМ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ СРЕДСТВ НОРМИРОВАННОГО СТРАХОВОГО ЗАПАСА НА УВЕЛИЧЕНИЕ ДОТАЦИЙ БЮДЖЕТАМ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ВЫПОЛНЕНИЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РАМКАХ БАЗОВОЙ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

В соответствии с пунктом 3 части 5 статьи 5 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 направления в 2010 году Федеральным фондом обязательного медицинского страхования средств нормированного страхового запаса на увеличение дотаций бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

2. Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации:  
утвердить формы и порядок предоставления сведений, необходимых для направления средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования на увеличение дотаций бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;

совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования давать необходимые разъяснения по применению Правил, утвержденных настоящим Постановлением.

Председатель Правительства  
Российской Федерации  
В.ПУТИН

Утверждены  
Постановлением Правительства  
Российской Федерации  
от 15 мая 2010 г. № 347

**ПРАВИЛА  
НАПРАВЛЕНИЯ В 2010 ГОДУ ФЕДЕРАЛЬНЫМ ФОНДОМ  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ СРЕДСТВ  
НОРМИРОВАННОГО СТРАХОВОГО ЗАПАСА НА УВЕЛИЧЕНИЕ ДОТАЦИЙ  
БЮДЖЕТАМ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО  
СТРАХОВАНИЯ НА ВЫПОЛНЕНИЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РАМКАХ  
БАЗОВОЙ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО  
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

1. Настоящие Правила определяют порядок направления в 2010 году Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее - Фонд) средств нормированного страхового запаса на увеличение дотаций бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования (далее - территориальные фонды) на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (далее соответственно - территориальные программы, базовая программа, дотации) в случае, если доходы бюджета Фонда обеспечивают формирование дотаций в размере, установленном Федеральным законом «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2010 год и на плановый период 2011 и 2012 годов».

2. Фонд принимает решение о распределении средств нормированного страхового запаса между субъектами Российской Федерации на цели, указанные в пункте 1 настоящих Правил, на основании данных о финансовом обеспечении территориальных программ в рамках базовой программы, представляемых уполномоченными органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и территориальными фондами в порядке и по формам, которые установлены Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

3. Фонд осуществляет распределение средств нормированного страхового запаса для финансового обеспечения территориальных программ в рамках базовой программы между субъектами Российской Федерации, уровень фактической бюджетной обеспеченности которых не превышает двукратный среднероссийский уровень на 1-е число месяца, предшествующего месяцу, в котором Фондом принимается решение о распределении средств нормированного страхового запаса. Размер дотации на эти цели определяется по следующей формуле:

$$ДВ_i = \frac{ТП_{\phi i} \times \frac{ТП_{\phi i}}{ТП_{ш}} \times \frac{БО_{рi}}{БО_{\phi i}}}{\sum_{р\phi} \left( ТП_{\phi i} \times \frac{ТП_{\phi i}}{ТП_{ш}} \times \frac{БО_{рi}}{БО_{\phi i}} \right)} \times НСЗ_1$$

где:

$ДВ_i$  - размер дотации, предусмотренной Фондом для выравнивания финансового обеспечения территориальной программы i-го субъекта Российской Федерации в рамках базовой программы;

$ТП_{\phi i}$  - фактически сложившаяся стоимость территориальной программы i-го субъекта Российской Федерации в рамках базовой программы;

$ТП_{ш}$  - стоимость территориальной программы i-го субъекта Российской Федерации в рамках базовой программы, определенной Постановлением Правительства Российской Федерации от 2 октября 2009 г. N 811;

$БО_{рi}$  - уровень расчетной бюджетной обеспеченности i-го субъекта Российской Федерации на 2010 год, определенный в соответствии с методикой распределения дотаций на выравнивание бюджетной обеспеченности субъектов Российской Федерации, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 22 ноября 2004г. № 670;

$BO_{\text{фн}}$  - уровень фактической бюджетной обеспеченности  $i$ -го субъекта Российской Федерации, рассчитываемый Министерством финансов Российской Федерации на 1-е число месяца, предшествующего месяцу, в котором Фондом принимается решение о распределении средств нормированного страхового запаса;

$НСЗ_1$  - размер средств нормированного страхового запаса, подлежащих распределению, за исключением суммы средств нормированного страхового запаса для стимулирования эффективности реализации территориальных программ в рамках базовой программы.

Стоимость территориальной программы в рамках базовой программы на 2010 год определяется по формуле:

$$ТП_{\text{ит}} = Н_{\text{итт}} \times Ч_{\text{ст}} \times (P_i + H_i + \Pi_i),$$

где:

$Н_{\text{итт}}$  - подушевой норматив финансового обеспечения за счет средств обязательного медицинского страхования (4059,6 рубля), установленный Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2010 год;

$Ч_{\text{ст}}$  - численность населения  $i$ -го субъекта Российской Федерации, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию на 1 января 2010 г.;

$P_i$  - районный коэффициент к заработной плате, установленный решениями органов государственной власти СССР или федеральных органов государственной власти за работу в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях  $i$ -го субъекта Российской Федерации;

$H_i$  - средневзвешенная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в других районах (местностях) с особыми климатическими условиями  $i$ -го субъекта Российской Федерации;

$\Pi_i$  - коэффициент, учитывающий прочие надбавки к заработной плате за работу в высокогорных, пустынных, безводных и других районах (местностях) с особыми климатическими условиями  $i$ -го субъекта Российской Федерации.

4. Фонд осуществляет распределение средств нормированного страхового запаса для стимулирования эффективности реализации территориальных программ в рамках базовой программы в размере 5 процентов объема средств нормированного страхового запаса по состоянию на 1 ноября 2010 г. Размер дотации на эти цели определяется по следующей формуле:

$$ДС_i = \frac{Ч_{\text{ст}} \times K_{\text{ст}}}{\sum (Ч_{\text{ст}} \times K_{\text{ст}})} \times НСЗ_2 \times 0,05,$$

где:

$ДС_i$  - размер дотации, предусмотренной Фондом для стимулирования эффективности реализации территориальной программы  $i$ -го субъекта Российской Федерации в рамках базовой программы;

$Ч_{\text{ст}}$  - численность населения  $i$ -го субъекта Российской Федерации, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию на 1 января 2010 г.;

$НСЗ_2$  - размер средств нормированного страхового запаса по состоянию на 1 ноября 2010 г., подлежащих распределению;

$K_{\text{ст}}$  - коэффициент стимулирования для  $i$ -го субъекта Российской Федерации.

Коэффициент стимулирования 1,3 используется для субъекта Российской Федерации, в отношении которого не менее 80 процентов показателей соответствуют следующим требованиям:

сбалансированность медицинской помощи по видам (соответствие фактически выполненных в 2009 году объемов медицинской помощи по видам в рамках территориальной программы нормативам, установленным базовой программой);

доля финансового обеспечения медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в общем финансовом обеспечении территориальной программы государственных гарантий - 50 процентов и более;

показатель средней длительности лечения больного в круглосуточном стационаре ниже среднероссийского показателя (показатель учитывается в совокупности с показателями использования коечного фонда круглосуточного стационара - занятость койки в году и оборот койки);

коэффициенты младенческой смертности и смертности населения в трудоспособном возрасте, стандартизованные коэффициенты смертности и показатели первичного выхода на инвалидность ниже среднероссийских показателей.

Коэффициент стимулирования 0,9 используется для субъекта Российской Федерации, в отношении которого не менее 80 процентов показателей соответствуют следующим требованиям:

сбалансированность медицинской помощи по видам (соответствие фактически выполненных в 2009 году объемов медицинской помощи по видам в рамках территориальной программы нормативам, установленным базовой программой);

доля финансового обеспечения медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в общем финансовом обеспечении территориальной программы государственных гарантий - от 45 процентов до 49,9 процента;

показатель средней длительности лечения больного в круглосуточном стационаре - на уровне среднероссийского показателя (показатель учитывается в совокупности с показателями использования коечного фонда круглосуточного стационара - занятость койки в году и оборот койки);

коэффициенты младенческой смертности и смертности населения в трудоспособном возрасте, стандартизованные коэффициенты смертности и показатели первичного выхода на инвалидность - на уровне среднероссийских показателей (превышение регионального показателя допускается не более чем на 15 процентов).

Размер коэффициента стимулирования (1,3 или 0,9) утверждается Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации по результатам комплексной оценки эффективности реализации территориальной программы государственных гарантий за 2009 год.

5. Перечисление средств нормированного страхового запаса в бюджеты территориальных фондов осуществляется Фондом не позднее 10 рабочих дней с даты принятия Фондом решения о распределении этих средств.

6. Контроль за целевым использованием средств нормированного страхового запаса, направленных в бюджеты территориальных фондов, осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Объем оригинальных статей, включая таблицы, рисунки, литературу и резюме, не должен превышать 10-12 страниц, обзоров и лекций — 12-15 страниц, кратких сообщений — 3-5 страниц. ■

Статья должна быть подписана всеми авторами и руководителем учреждения. Необходимо указать фамилию, имя и отчество автора, с которым редакция будет вести переписку, его адреса, телефоны и другие возможные виды контактов (желательно сообщать e-mail). ■

■ Статья представляется в редакцию в печатном виде в 2-х экземплярах (один экземпляр статьи должен быть заверен печатью учреждения) и на дискете или компакт диске. Статья должна быть напечатана полуторным интервалом в текстовом редакторе WinWord любой версии, шрифтом Times New Roman 14 пунктов, включая таблицы, литературу, подписи под рисунками, резюме.

■ В выходных данных указываются: инициалы и фамилии авторов; название работы; название учреждения, в котором выполнена работа; город.

Оригинальные статьи научно теоретического характера строятся по традиционному плану с выделением следующих рубрик: цель, материал и методы, результаты и обсуждение, выводы или заключение. ■

Обзоры, лекции, статьи практического и методического характера строятся по свободному плану. ■

■ Графики, гистограммы и схемы, выполненные в формате Word или Excel, представляются в редакцию в электронном виде на дискете (компакт диске). Графики, гистограммы, схемы и другие иллюстративные материалы желательно выполнять в цвете с указанием номера рисунка.

■ Микрофотографии, фотографии, слайды, негативы могут быть черно белыми или цветными. Иллюстративный материал в электронном виде должен быть представлен в формате TIFF с разрешением не менее 600 точек на дюйм для графики и 300 для фотоизображений.

Подписи к рисункам представляются отдельно в конце статьи или отдельным файлом. В них приводятся:

а) название рисунка;

б) объяснение значения всех условных обозначений кривых, букв, цифр и др.

В подписях к микрофотографиям указываются метод окраски (или импрегнации) материала и увеличение. ■

В тексте и на полях статьи должны быть обозначены места рисунков и таблиц (рис. 1, табл. 1. и т.д.). Места, где в тексте помещаются таблицы и рисунки, отмечаются квадратами на поле слева. В квадратах ставятся номера таблиц и рисунков. ■

■ Таблицы должны иметь название, быть компактными, наглядными, заголовки граф должны точно соответствовать их содержанию, для каждого показателя необходимо указать единицы измерения. Все цифры в таблицах должны соответствовать цифрам в тексте и быть обработаны статистически.

■ Сокращения (кроме общепринятых) не допускаются. Условные обозначения специальных терминов при первом упоминании приводятся полностью.

■ Редакция оставляет за собой право при редактировании сокращать материалы статьи. Корректуры авторам не высылаются, вся работа с ними проводится по авторскому оригиналу.

## «ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС ПО КАТАЛОГУ  
«ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ» АГЕНТСТВА «РОСПЕЧАТЬ»

**36347**