

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2010 ГОДУ



ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
Андрей Владимирович Юрин

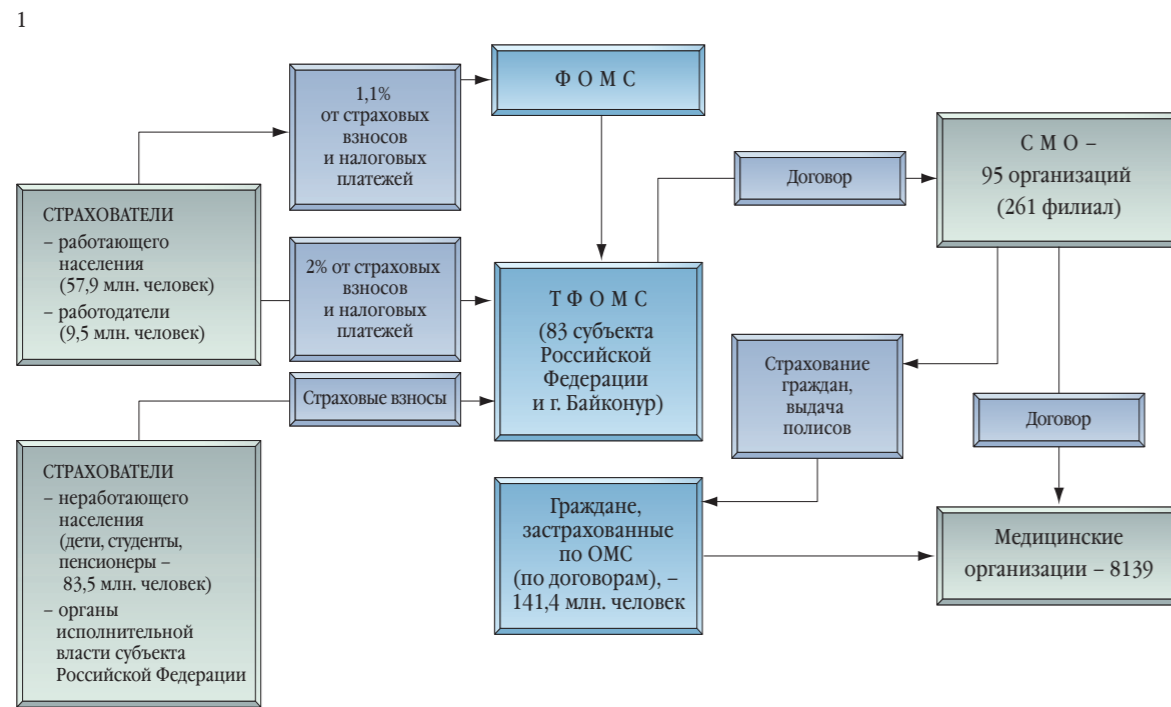
В 2010 году произошли важные события в системе здравоохранения и обязательного медицинского страхования: принят новый закон об ОМС, изменен тариф страхового взноса на ОМС работающих граждан с 3,1 до 5,1%, началась подготовка к реализации региональных программ модернизации здравоохранения.

С 1 января 2011 года вступил в силу Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», который ставит интересы застрахованных в центр системы ОМС, усиливает механизмы финансовой устойчивости ОМС и обеспечения прав застрахованных на бесплатное оказание медицинской помощи.

Граждане получили реальное право на выбор или замену страховой медицинской организации. Ранее за работающего гражданина этот выбор делал работодатель, а за детей, пенсионеров и других неработающих лиц – органы исполнительной власти. Теперь каждый гражданин может сам ежегодно выбирать страховую медицинскую организацию, в которой он будет застрахован.

Законом предусмотрено право застрахованных на выбор как медицинской организации – поликлиники, больницы, – так и лечащего врача. Расширилась возможность участия в системе обязательного медицинского страхования медицинских организаций любой формы собственности. Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, ведется территориальным фондом ОМС и размещается на его официальном сайте в сети Интернет. Уведомительный порядок включения медицинских организаций в указанный реестр позволит усилить конкуренцию за застрахованных и, как следствие, улучшить качество предоставляемых услуг.

В целях обеспечения информированного выбора гражданами медицинской организации и страховой медицинской организации законодательно установлена обязанность с 1 января 2011 года обнародовать перечни указанных организаций, участвующих в систе-



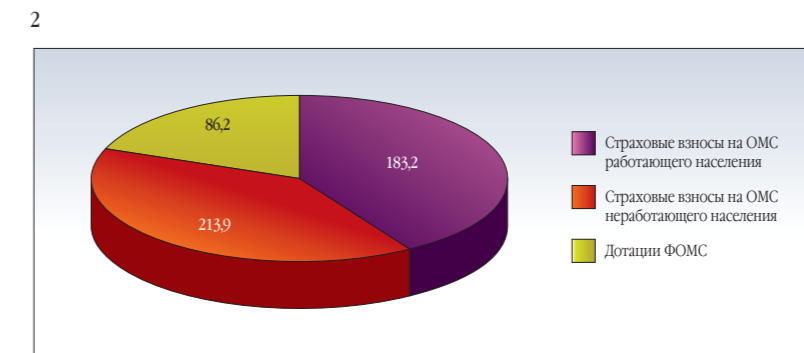
СТРУКТУРА СИСТЕМЫ ОМС В 2010 ГОДУ

ме обязательного медицинского страхования, информацию об их деятельности, оказываемых услугах и результатах работы. Медицинские организации обязаны размещать на своем официальном сайте в сети Интернет информацию о режиме работы и видах оказываемой медицинской помощи. Страховые медицинские организации обязаны размещать на собственных официальных сайтах в сети Интернет информацию о своей деятельности, составе учредителей (участников, акционеров), финансовых результатах деятельности, об опыте работы, о количестве застрахованных лиц, медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи, о выявленных нарушениях при предоставлении медицинской помощи, правах граждан в сфере ОМС, порядке получения полиса ОМС, а также об обязанностях застрахованных лиц.

Получить медицинскую помощь по полису ОМС с 1 января 2011 года можно в любом регионе Российской Федерации, вне зависимости от места постоянной регистрации и получения полиса. С 1 мая 2011 года застрахованным будут выдаваться новые полисы единого образца. Ранее выданные полисы остаются действующими до замены их на новые. Обмен полисов будет происходить до 2014 года. В дальнейшем полис ОМС будет включаться в состав единой универсальной электронной карты гражданина.

Закон гарантирует застрахованным лицам получение медицинской помощи в объеме базовой программы обязательного медицинского страхования на всей территории Российской Федерации. Предусмотрено включение в систему ОМС скорой медицинской помощи с 2013 года и высокотехнологичной медицинской помощи – с 2015 года. Субъекты РФ могут осуществлять дополнительное финансовое обеспечение базовой программы обязательного медицинского страхования, а также включать дополнительные виды и объемы медицинской помощи (сверх базовой программы). С 2012 года установлено делегирование полномочий Российской Федерации по реализации базовой программы обязательного медицинского страхования органам государственной власти субъектов РФ. Финансовое обеспечение переданных полномочий в сфере ОМС будет осуществляться за счет субвенций, предоставленных по единой методике для всех субъектов РФ.

Обеспечение равных возможностей бесплатного получения медицинской помощи соответствующего объема и качества на всей территории Российской Федерации за счет улучшения финансового обеспечения территориальных программ обязательного медицинского



СТРУКТУРА ДОХОДОВ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В 2010 ГОДУ, МЛРД. РУБЛЕЙ

страхования в регионах реализуется через положения закона, направленные на увеличение финансовой устойчивости системы ОМС. Законодательно установлены требования к размеру страховых взносов, ответственность за своевременность и полноту их уплаты.

В целях создания условий для выравнивания финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации предусматривается аккумулирование всего объема средств ОМС по тарифу 5,1% в Федеральном фонде ОМС с 2012 года. Для отдельных категорий плательщиков страховых взносов предусмотрены пониженные тарифы (сельскохозяйственные товаропроизводители; организации, применяющие единый сельскохозяйственный налог, осуществляющие выплаты инвалидам, осуществляющие деятельность в области информационных технологий и др.).

Страховщиками в обязательном медицинском страховании устанавливаются некоммерческие организации, создаваемые Российской Федерацией и субъектами РФ соответственно – Федеральный фонд ОМС и территориальные фонды ОМС. Страховые медицинские организации наделяются отдельными полномочиями страховщика, осуществление которых реализовано через систему договоров в обязательном медицинском страховании.

С 2013 года обязательным становится переход на одноканальное финансирование медицинской помощи через систему обязательного медицинского страхования, оплата медицинской помощи будет осуществляться по полному тарифу, включающему все статьи расходов медицинских организаций (за исключением капитального строительства и дорогостоящего оборудования).

Ликвидированы излишние административные процедуры для работодателей, страховых медицинских организаций и медицинских организаций. Закон не предусматривает заключение между страховыми медицинскими организациями и страхователями договоров обязательного медицинского страхования работающих и неработающих граждан. Права и обязанности сторон, ранее устанавливаемые договорами, теперь определяются положениями закона. Отменена обязанность работодателей регистрироваться в территориальном фонде ОМС, их учет как плательщиков страховых взносов будет осуществлять Пенсионный фонд Российской Федерации.

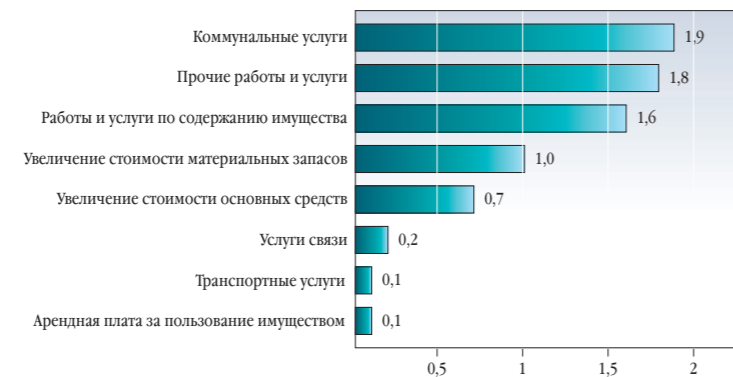
Организационная структура системы ОМС в 2010 году

В системе обязательного медицинского страхования осуществляют деятельность Федеральный фонд ОМС и 84 территориальных фонда, включая территориальный фонд ОМС г. Байконура (рис. 1).

Общая численность застрахованных по обязательному медицинскому страхованию граждан по состоянию на 1 января 2011 года составила 141,4 млн. человек, в том числе 57,9 млн. работающих и 83,5 млн. неработающих граждан. За год численность застрахованных уменьшилась на 810,9 тыс. человек, или на 0,6%, что обусловлено проводимой работой по актуализации регистров застрахованных и уточнению баз данных.



3



СТРУКТУРА РАСХОДОВ СВЕРХ ТАРИФА ПРИ ПЕРЕХОДЕ НА ОДНОКАНАЛЬНОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ, % ОТ ОБЩЕЙ СУММЫ РАСХОДОВ ПО ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В структуре застрахованного населения преобладают неработающие граждане, удельный вес которых составляет 59,1%, при этом данный показатель колеблется от 91,1% в Республике Ингушетия до 31,6% в г. Москве.

На 1 января 2011 года на учете состоит около 9,5 млн. страхователей, из них юридические лица составляют 52,3% (5 млн.), индивидуальные предприниматели – 44,4% (4,2 млн.). В 2010 году деятельность по обязательному медицинскому страхованию осуществляли 95 страховых медицинских организаций и 261 филиал. В последние годы отмечается тенденция к сокращению количества страховых медицинских организаций и их укрупнению.

Страховые медицинские организации осуществляли деятельность по обязательному медицинскому страхованию во всех субъектах Российской Федерации (за исключением Чукотского автономного округа), а также в г. Байконуре. При этом большая часть застрахованных (около 100 млн. человек) застрахована в 14 крупнейших страховых медицинских организациях, таких как ЗАО «МАКС-М», ОАО «РОСНО-МС» и ОАО «СК СОГАЗ-Мед» и др.

В 2010 году в Российской Федерации медицинскую помощь в системе ОМС оказывали 8139 медицинских организаций, из них 626 – ведомственные медицинские организации, или 7,7% от общего числа медицинских организаций, работающих в системе ОМС.

Реализация территориальных программ ОМС

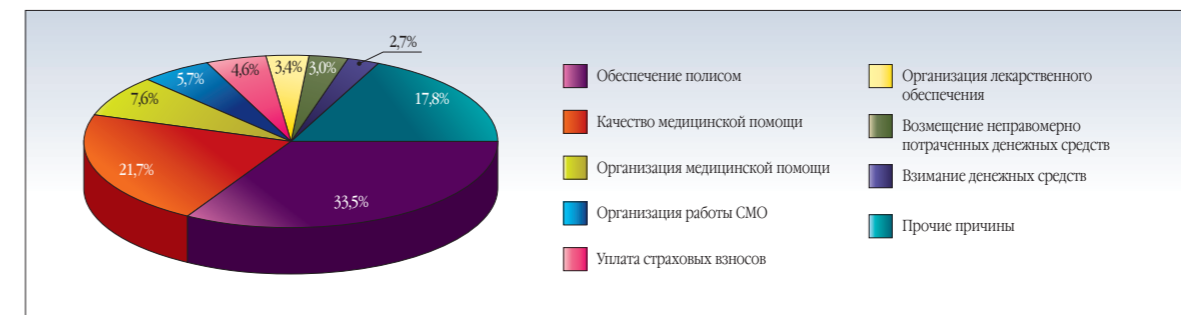
Во исполнение постановления Правительства РФ от 02.10.2009 №811 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2010 год» органами государственной власти 83 субъектов РФ и г. Байконура разработаны и утверждены территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2010 год (далее – территориальные программы государственных гарантий), включающие в себя территориальные программы ОМС.

В течение 2001–2010 годов отмечается увеличение доли средств обязательного медицинского страхования в общем объеме финансирования территориальных программ государственных гарантий, что является результатом работы органов исполнительной власти субъектов РФ и территориальных фондов ОМС по переходу учреждений здравоохранения на одноканальное финансирование.

Доля средств ОМС в структуре территориальной программы государственных гарантий в целом по Российской Федерации составила 51%. В разрезе субъектов РФ доля средств ОМС составляет от 91% в Калининградской области до 21% в Ханты-Мансийском автономном округе.



4



ПРИЧИНЫ ОБРАЩЕНИЙ ЗАСТРАХОВАННЫХ В ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОМС

Расходы на реализацию территориальных программ ОМС составили 539 851,45 млн. рублей, что на 7,1% больше аналогичных расходов 2009 года.

Основными источниками финансового обеспечения территориальных программ ОМС в 2010 году являлись страховые взносы на обязательное медицинское страхование, налоговые поступления и дотации Федерального фонда ОМС.

В структуре основных источников финансового обеспечения территориальной программы ОМС наибольший удельный вес занимают страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения (44,3%), при этом страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающих граждан и налоговые поступления составляют 37,9%, дотации Федерального фонда ОМС – 17,8%.

Объем страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения и налоговых доходов (с учетом недоимки, пени и штрафов по взносам в территориальные фонды ОМС) в целом по Российской Федерации составил 183,2 млрд. рублей (рис. 2).

Объем взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения (с учетом недоимки) в 2010 году составил 213,9 млрд. рублей.

В 2010 году в среднем по Российской Федерации на одного застрахованного жителя поступило средств налогов и страховых взносов, с учетом дотаций Федерального фонда ОМС, 3398 рублей, что на 6,6% больше, чем в 2009 году (3189 рублей). При этом на одного работающего, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию, поступило страховых взносов на ОМС и налоговых доходов, с учетом дотаций Федерального фонда ОМС, 4580 рублей, на одного неработающего застрахованного – 2564 рублей, что на 4,8% (118,5 рубля) больше, чем в предыдущем году.

Объем дотаций Федерального фонда ОМС на 2010 год составил 86,2 млрд. рублей, которые в полном объеме предоставлены территориальным фондам ОМС, в том числе направлено средств нормированного страхового запаса в объеме 488,3 млн. рублей.

Сумма задолженности плательщиков страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения прошлых лет перед территориальными фондами ОМС в целом по Российской Федерации с начала года снизилась на 23,5%.

Переход на одноканальное финансирование здравоохранения через систему ОМС в субъектах РФ

В соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2010 год, утвержденной постановлением Правительства РФ от 02.10.2009 №811, органы государственной власти субъектов РФ в территориальных программах за счет доходов бюджетов субъектов РФ, бюджетов муниципальных образований и бюджетов территориальных фондов ОМС при условии финансового



Таблица 1

СТРУКТУРА ПРИЧИН ОБОСНОВАННЫХ ЖАЛОБ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ

Причины	Количество жалоб	
	тыс.	%
Взимание денежных средств за медицинскую помощь по программам ОМС	8,80	28,8
Организация работы медицинских организаций	7,30	24,0
Отказ в медицинской помощи по программам ОМС	3,60	11,7
Лекарственное обеспечение	3,20	10,5
Качество медицинской помощи	2,70	8,9
Выбор медицинской организации	1,70	5,5
Обеспечение полисами	1,30	4,4
Этика и деонтология медицинских работников	0,90	2,9
Выбор врача	0,40	1,3
Санитарно-гигиеническое состояние медицинских организаций	0,30	1,0
Выбор страховой медицинской организации	0,02	0,1
Прочие причины	0,12	0,9
ВСЕГО	30,34	100,0

обеспечения территориальной программы с учетом предусмотренных Программой соответствующих нормативов в праве:

- определять дополнительные условия и объемы оказания медицинской помощи;
- включать в территориальную программу ОМС с обязательным перераспределением необходимых финансовых средств виды и объемы медицинской помощи, финансирование которых в соответствии с программой осуществляется за счет бюджетных ассигнований субъектов РФ и муниципальных образований.

В 2010 году поэтапный переход на одноканальное финансирование осуществлялся в 27 субъектах РФ. Размер средств на финансовое обеспечение медицинской помощи сверх базовой программы ОМС составил 14,1% от стоимости территориальной программы ОМС, что превышает уровень 2009 года на 20,6%.

Мероприятия по поэтапному переходу на одноканальное финансирование через систему ОМС в 2010 году включали расширение установленного базовой программой ОМС тарифа по обязательному медицинскому страхованию и включение в территориальную программу ОМС видов помощи и заболеваний, финансируемых в соответствии с базовой программой ОМС за счет средств бюджетов соответствующих уровней.

Расширение тарифа реализовывалось в 26 субъектах РФ. На реализацию указанных мероприятий в 2010 году учреждениями было направлено 8% от всех расходов на территориальную программу ОМС, что на 12,3% больше в сравнении с 2009 годом.

Каждый субъект РФ в зависимости от бюджетной обеспеченности и сложившихся экономических условий определял перечень статей при расширении тарифа по ОМС:

- все статьи расходов (услуги связи, транспортные и коммунальные услуги, арендная плата за пользование имуществом, работы и услуги по содержанию имущества, прочие работы



Таблица 2

ДИНАМИКА ЧИСЛА САМОСТОЯТЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ФУНКЦИОНИРУЮЩИХ В СИСТЕМЕ ОМС В 2009–2010 ГОДАХ

Медицинские организации (учреждения)	Число организаций		В том числе ведомственных	
	2009	2010	2009	2010
ВСЕГО	8142	8139	484	626
Больничные учреждения, оказывающие стационарную помощь	4914	4806	326	407
Больничные учреждения, заключившие договор только на оказание амбулаторно-поликлинической помощи	149	181	32	55
Медицинские учреждения, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь	2150	2191	116	155
Центры общей врачебной (семейной) практики	30	28	0	0
Стоматологические поликлиники	884	915	9	9
Другие учреждения здравоохранения	15	18	1	0

и услуги, увеличение стоимости основных средств, увеличение стоимости материальных запасов) оплачивались в 11 субъектах РФ (Пермский край, Республика Адыгея, Республика Татарстан, Владимирская, Калининградская, Костромская, Ленинградская, Пензенская, Томская, Тюменская области, Чукотский автономный округ). Наибольшая доля расходов на расширение тарифа по ОМС отмечена во Владимирской области (22,3%), Чукотском автономном округе (20,4%), Пермском крае (19,7%);

- все расходы, за исключением расходов на арендную плату за пользование имуществом, оплачивались в 2 субъектах РФ (Камчатский край, Курская область);
- все расходы, за исключением коммунальных услуг, оплачивались в 4 субъектах РФ (Краснодарский край, Республика Алтай, Нижегородская и Тамбовская области);
- все расходы, за исключением расходов на приобретение основных средств, оплачивались в 2 субъектах РФ (Красноярский край, Республика Коми);
- все статьи расходов, за исключением коммунальных расходов, расходов на арендную плату за пользование имуществом, оплачивались в 3 субъектах РФ (Республика Марий Эл, Калужская область, Оренбургская область).

В Архангельской области оплачивались все расходы, за исключением расходов на транспортные услуги, расходов на арендную плату за пользование имуществом и расходов на приобретение основных средств.

В Вологодской области оплачивались расходы на транспортные услуги, работы и услуги по содержанию имущества, прочие работы и услуги, расходы на увеличение стоимости материальных запасов.

В Кемеровской области оплачивались все расходы, за исключением расходов на арендную плату за пользование имуществом, расходов на приобретение основных средств.

В Кировской области оплачивались все расходы, за исключением коммунальных расходов, расходов на приобретение основных средств.

При расширении тарифа наибольшую долю в структуре расходов по территориальной программе ОМС медицинских учреждений составили затраты на коммунальные услуги – 1,9%, прочие работы и услуги (установку и монтаж локальных вычислительных сетей, систем охранной и пожарной сигнализации и др.) – 1,8%, работы и услуги по содержанию имущества – 1,6%, увеличение стоимости



Таблица 3

СТРУКТУРА РАСХОДОВ СРЕДСТВ ОМС МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОБЪЕМЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОМС, %

Направления расходов	2009	2010
ИЗРАСХОДОВАНО – ВСЕГО	100,0	100,0
На оплату труда	58,5	58,7
Начисления на зарплату	13,5	14,1
Приобретение медикаментов	16,8	14,5
Продукты питания	4,2	4,0
Приобретение мягкого инвентаря	0,5	0,4
Прочие расходы	6,5	8,3

материальных запасов – 1%. Расходы на услуги связи, транспортные услуги, арендную плату за пользование имуществом, увеличение стоимости основных средств составили менее 1% (рис. 3).

В 12 субъектах РФ в 2010 году в территориальные программы ОМС были включены виды помощи, не входящие в базовую программу ОМС и ранее финансируемые из средств бюджетов всех уровней (далее – дополнительные виды медицинской помощи). На реализацию данного направления учреждениями было израсходовано 6% от общих расходов на территориальную программу ОМС (выше уровня 2009 года на 33,8%).

Скорая медицинская помощь была включена в территориальные программы обязательного медицинского страхования 10 субъектов РФ (республики Алтай, Коми, Татарстан, Калининградская, Костромская, Ленинградская, Пензенская, Тамбовская, Тюменская области и Чукотский автономный округ). В 2010 году доля расходов на данный вид медицинской помощи составила 1,6% всех расходов на территориальную программу ОМС, при этом отмечен рост показателя в сравнении с 2009 годом на 26,9%.

Расходы средств бюджетов территориальных фондов ОМС на специализированную (санитарно-авиационную) скорую медицинскую помощь осуществлялись в 3 субъектах РФ (Республика Татарстан, Тамбовская и Тюменская области).

Высокотехнологичная медицинская помощь была включена в территориальные программы обязательного медицинского страхования на 2010 год в 2 субъектах РФ (Республика Татарстан, Тюменская область)¹.

Санаторно-курортная медицинская помощь была включена в территориальные программы ОМС 3 субъектов РФ (Республика Татарстан, Курская и Тюменская области). Расходы на данный вид медицинской помощи составили 0,2% от общего размера затрат по территориальной программе ОМС. Наибольшие расходы производились на оплату труда с начислениями (64,8% в общей структуре тарифа по обязательному медицинскому страхованию).

Наряду с дополнительными видами помощи в территориальные программы ОМС на 2010 год 9 субъектами РФ была включена медицинская помощь при социально значимых заболеваниях:

- инфекции, передаваемые половым путем (республики Коми, Татарстан, Калининградская, Ленинградская, Пензенская, Саратовская, Тамбовская и Тюменская области, Чукотский автономный округ)²;

¹ Оплата высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств ОМС также установлена территориальной программой

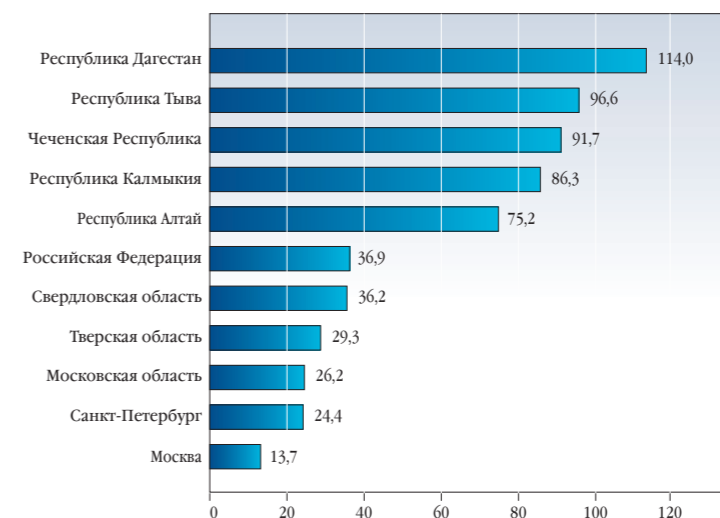
обязательного медицинского страхования Ленинградской области, но фактически в 2010 году не производилась.

² Включены также в территориальную программу ОМС Республики Алтай, но по факту указанные расходы в отчетном

периоде 2010 года не производились.



5



ОТНОШЕНИЕ ЧИСЛЕННОСТИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН, ПРОШЕДШИХ ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ В 2006–2010 ГОДАХ, К ЧИСЛУ ЗАСТРАХОВАННЫХ ГРАЖДАН, %

– туберкулез (республики Коми, Татарстан, Калининградская, Ленинградская, Пензенская, Саратовская и Тамбовская области, Чукотский автономный округ)³;

– синдром приобретенного иммунодефицита (республики Коми, Татарстан, Калининградская, Ленинградская, Пензенская, Тамбовская и Тюменская области, Чукотский автономный округ);

– психические расстройства и расстройства поведения, наркологические заболевания (республики Коми, Татарстан, Калининградская, Ленинградская, Пензенская, Тамбовская и Тюменская области, Чукотский автономный округ)⁴.

В 2010 году в целях повышения эффективности управления ресурсами в здравоохранении в субъектах РФ осуществлялся комплекс мероприятий, направленных на оптимизацию затрат на медицинскую помощь и снижение административных расходов в медицинских организациях, включающий:

– внедрение эффективных способов оплаты медицинской помощи (оплата по подушевому принципу финансирования учреждений здравоохранения, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь; оплата по законченным случаям лечения медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях);

– переход на системы оплаты труда медицинских работников, ориентированные на результат, в том числе осуществление стимулирующих выплат медицинским работникам;

– переход на федеральные стандарты оказания медицинской помощи.

В 2010 году в 22 субъектах РФ медицинская помощь, оказываемая в амбулаторно-поликлинических учреждениях, оплачивалась по подушевому нормативу. Размер средств, направленных на оплату медицинской помощи данным способом, составил 10,7% от общей суммы финансирования амбулаторной помощи.

В 49 субъектах РФ медицинская помощь, оказываемая в условиях стационара, оплачивалась по законченному случаю лечения. Размер средств, направленных на оплату медицинской помощи данным способом, в 2010 году составил 60% от общей суммы финансирования медицинской помощи, предоставляемой в стационарных условиях.

Финансирование медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров всех типов, по законченному случаю лечения в 2010 году составило 47,5% (41 субъект)

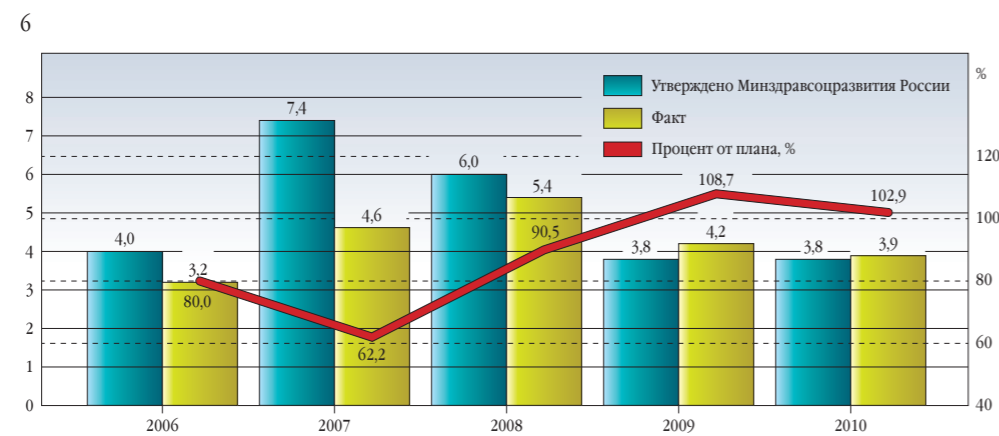
³ Включены также в территориальные программы ОМС Республики Алтай и Камчатского

края, но по факту расходы в 2010 году не производились.

⁴ Включены также в территориальную программу ОМС Республики Алтай, но по факту указанные расходы в отчетном

периоде 2010 года не производились.





ЧИСЛЕННОСТЬ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН, ПРОШЕДШИХ ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ В 2006–2010 ГОДАХ, МЛН. ЧЕЛОВЕК

ект РФ) от общей суммы финансирования медицинской помощи, предоставляемой в дневных стационарах. При этом стоимость законченного случая медицинской помощи, оказанной в стационарах всех типов, в 2010 году по отношению к 2009 году выросла на 4,3%, что связано с реализацией в субъектах РФ мер, направленных на достижение сбалансированности объемов медицинской помощи по видам ее оказания, повышением эффективности расходования средств обязательного медицинского страхования.

При оплате стационарной медицинской помощи по законченному случаю в 2010 году наблюдалась тенденция к рациональному использованию коечного фонда, улучшению качества медицинской помощи:

- средняя длительность пребывания пациента на койке в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения снизилась на 1,5% (с 12,7 дня в 2009 году до 12,51 в 2010 году);
- количество пациентов, получивших стационарную медицинскую помощь в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи от общего количества пролеченных больных увеличилось на 2,6% (с 27,7% в 2009 году до 30,30% в 2010 году);
- удовлетворенность населения медицинской помощью от числа опрошенных пациентов увеличилась на 4% (с 46% в 2009 году до 50% в 2010 году).

В 2010 году в 66 субъектах РФ введена новая система оплаты труда медицинских работников, ориентированная на конечный результат их работы, обеспечивающая баланс между уровнем их экономической мотивации и результатами профессиональной деятельности.

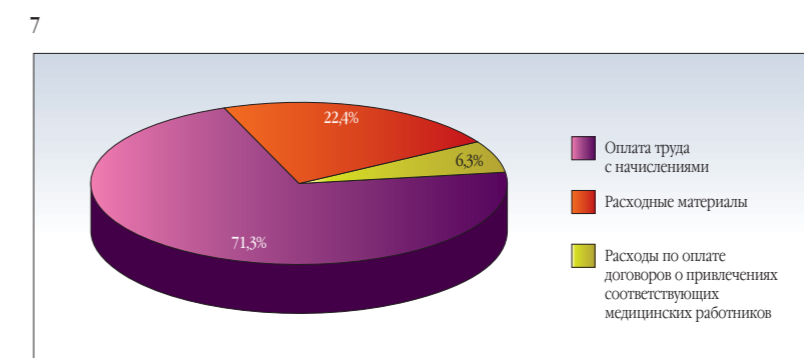
Организация защиты прав и законных интересов застрахованных в сфере ОМС

В 2010 году в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании субъектами и участниками системы ОМС осуществлялась деятельность по защите прав и законных интересов граждан в системе ОМС.

В 2010 году в территориальные фонды ОМС и страховые медицинские организации от застрахованных лиц поступило 18,55 млн. обращений (рис. 4).

Количество жалоб снизилось по сравнению с предыдущими периодами и составляет 51,8 тыс. жалоб в год (в 2009 году – 70,3 тыс.). Около 60% жалоб, зарегистрированных в Российской Федерации, признано обоснованными (табл. 1).

Общее число специалистов в Российской Федерации, участвующих в деятельности по защите прав застрахованных в сфере ОМС, составило 16 тыс. человек.



СТРУКТУРА РАСХОДОВАНИЯ СРЕДСТВ, ПОЛУЧЕННЫХ МЕДИЦИНСКИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ ЗА ПРОВЕДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

По результатам нарушений, выявленных при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, удержано 13,7 млрд. рублей, которые направлены на оплату медицинских услуг, на ликвидацию причин ненадлежащего качества медицинской помощи (внедрение современных технологий, повышение квалификации медработников, финансирование профилактических мероприятий, приобретение запасных частей и расходных материалов) и на ведение дела.

В целом по Российской Федерации территориальными фондами ОМС, их филиалами и страховыми медицинскими организациями в досудебном порядке рассмотрено более 30 тыс. спорных случаев, из них удовлетворено 99% от рассмотренных. Сумма материального возмещения составила 27,8 млн. рублей. Основной причиной спорных случаев, разрешенных в судебном порядке, по-прежнему является нарушение качества медицинской помощи.

Федеральный фонд ОМС, территориальные фонды ОМС и страховые медицинские организации в 2010 году обеспечивали защиту прав и законных интересов застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования в режиме чрезвычайной ситуации, связанной с обеспечением пожарной безопасности и объявленной в ряде субъектов Российской Федерации Указом Президента РФ Д.А. Медведева от 02.08.2010 №966.

Территориальными фондами ОМС была организована работа по оказанию медицинской помощи всем пострадавшим гражданам независимо от наличия полиса ОМС и бесплатной выдаче пострадавшим застрахованным дубликатов полисов взамен утраченных.

Дубликатами полисов ОМС обеспечено 2626 застрахованных (из них 413 детей), пострадавших в результате возникновения природных пожаров.

Деятельность страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование

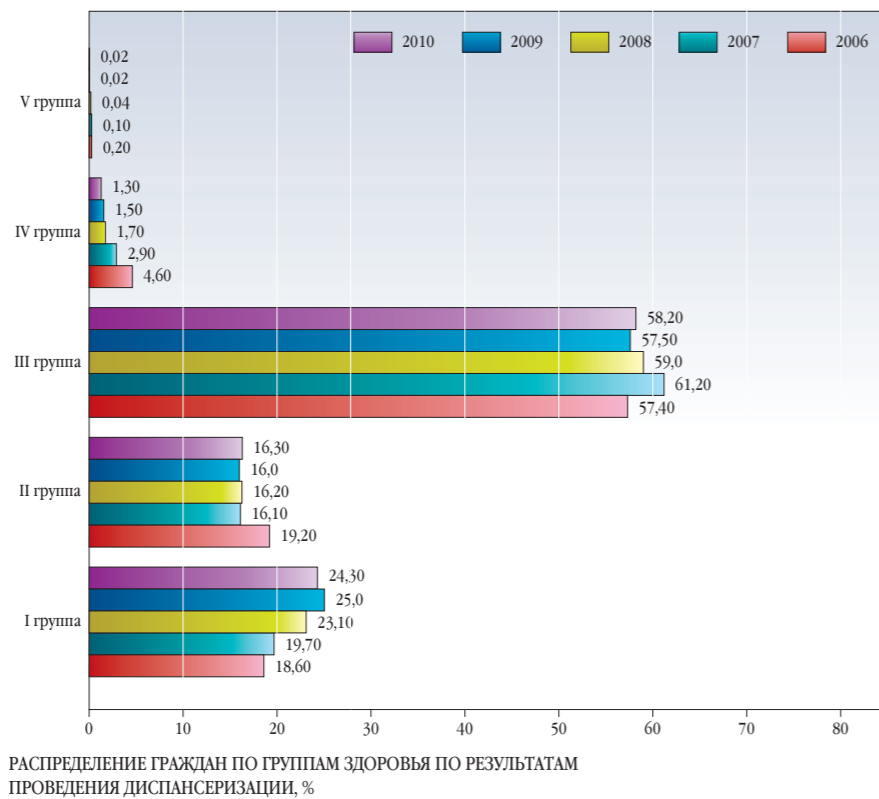
В 2010 году в системе ОМС работали 95 страховых медицинских организаций, которые заключили 100 договоров финансирования обязательного медицинского страхования, и 261 филиал страховых медицинских организаций.

Страховые медицинские организации осуществляли деятельность по обязательному медицинскому страхованию в 82 субъектах РФ и в г. Байконуре. В Чукотском автономном округе страховые медицинские организации не работают.

В 2010 году, как и в предыдущие годы, более 100 млн. человек застраховано в 14 страховых медицинских организациях, что составляет 70,7% всех застрахованных лиц. Наиболее крупными страховыми медицинскими организациями в сфере ОМС в 2010 году являлись ЗАО «МАКС-М» – застраховано по обязательному медицинскому страхованию 20,5 млн. человек (14,7% застрахованных лиц), СМК ОАО «РОСНО-МС» – 15,7 млн. человек (11,2%), ОАО «СК СОГАЗ-Мед» – 13 млн. человек (9,3%).



8



Деятельность медицинских организаций в системе ОМС

В течение 2010 года в системе ОМС участвовали 8162 медицинские организации. В связи с выходом из системы ОМС, объединением ряда медицинских организаций по состоянию на конец 2010 года медицинскую помощь в системе ОМС оказывали 8139 медицинских организаций. Из них 626 (7,7%) ведомственных медицинских организаций, в том числе 223 (2,7% от общего числа) медицинских учреждения, подведомственных ОАО «РЖД», 117 (1,4%) – подведомственных ФМБА России (табл. 2).

В 2010 году в структуре расходов на оплату медицинской помощи, оказанной за счет средств ОМС, преобладали расходы на стационарную (58,8%) и амбулаторную (36,8%) помощь. Расходы на медицинскую помощь в условиях дневных стационаров составили 3,4%, на скорую медицинскую помощь и прочие виды медицинских услуг – 1%.

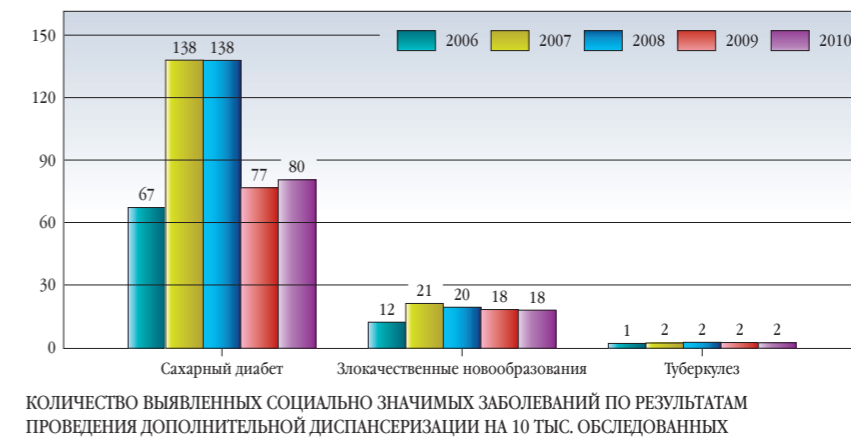
Мероприятия по реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения и по улучшению демографической ситуации

В 2010 году продолжена реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» и мероприятий по улучшению демографической ситуации.

В соответствии с Федеральным законом от 28.11.2009 №294-ФЗ «О бюджете Федерального фонда ОМС на 2010 год и на плановый период 2011 и 2012 годов» осуществлялось финансовое обеспечение следующих направлений.



9



ПРОВЕДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН

В целом с 2006 по 2010 год дополнительная диспансеризация проведена в отношении 21 327 381 человека, что составляет 36,9% от общего числа работающих граждан Российской Федерации, застрахованных в системе ОМС (рис. 5).

В 2010 году диспансеризацию прошли 3 949 873 человека – 102,9% от плана, утвержденного Министерством здравоохранения и социального развития РФ (рис. 6).

В 61 субъекте РФ план выполнен на 100% и более: Саратовская область (201,1%), Чеченская Республика (117,5%), Республика Башкортостан (113,6%), Республика Тыва (113,1%), Вологодская (112,8%), Оренбургская (112,7%), Тамбовская (111,2%) области и др.

Структура расходования средств, полученных медицинскими учреждениями, за весь период проведения дополнительной диспансеризации существенно не изменяется (рис. 7).

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

Выявление заболеваний, в том числе социально значимых, за время проведения дополнительной диспансеризации неуклонно возрастает, чему способствует улучшение материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений, проводящих дополнительную диспансеризацию, и повышение квалификации специалистов, участвующих в ее реализации.

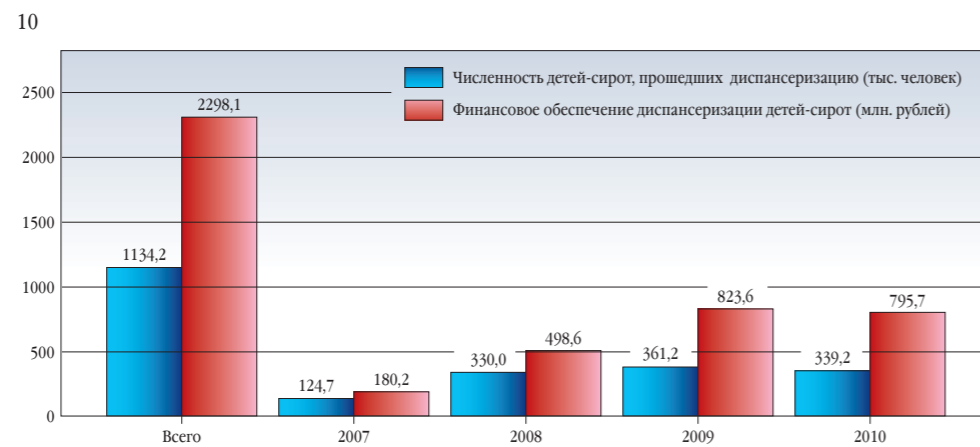
В структуре всех случаев выявления социально значимых заболеваний при прохождении дополнительной диспансеризации впервые выявляется около 45% случаев заболевания туберкулезом, 28% случаев заболевания сахарным диабетом и 23% злокачественных новообразований, что дополнительно подтверждает необходимость проведения диспансеризации работающего населения (рис. 9).

ПРОВЕДЕНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРЕБЫВАЮЩИХ В СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

С 2007 года в Российской Федерации проводится диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Цель диспансеризации – раннее выявление и профилактика заболеваний, в том числе социально значимых.

Диспансеризация детей-сирот в 2010 году проводилась во всех субъектах РФ. Для реализации данного направления территориальные фонды ОМС заключили 1650 договоров с учреждениями здравоохранения. С целью привлечения специалистов для оказания отдельных видов работ





ПРОВЕДЕНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРЕБЫВАЮЩИХ В СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ, В 2007–2010 ГОДАХ

(услуг), необходимых для проведения диспансеризации детей-сирот в полном объеме, учреждения здравоохранения заключили 3487 договоров.

В 2010 году диспансеризации детей-сирот, согласно планам-графикам, утвержденным на территории субъектов РФ, подлежали 338 460 человек. По данным мониторинга, осуществляемого ФОМС, в 2010 году диспансеризацию детей-сирот прошел 339 151 человек (100,2% от плана) (рис. 10).

В 63 субъектах Российской Федерации план проведения диспансеризации исполнен на 100% и более, среди них: Чукотский автономный округ (105,7%), Кемеровская область (104,3%), г. Москва (102,9%), Ивановская область (102,3%), Приморский (101,4%) и Забайкальский (101,3%) края и др.

Следует отметить, что численность детей-сирот, подлежащих диспансеризации, с 2007 года уменьшается благодаря внедрению программ по усыновлению, опеке и патронату.

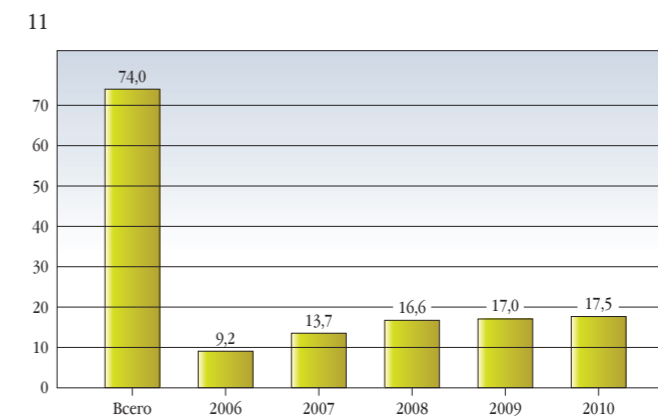
ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ, А ТАКЖЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ РЕБЕНКА В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

В 2010 году в соответствии с Федеральным законом от 28.11.2009 №294-ФЗ «О бюджете Федерального фонда ОМС на 2010 год и на плановый период 2011 и 2012 годов» на оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни было направлено 17,5 млрд. рублей (100% от средств, предусмотренных в бюджете Федерального фонда ОМС) (рис. 11).

Указанные средства направляются медицинскими учреждениями на оплату труда врачей-специалистов, среднего и младшего медицинского персонала, обеспечение медикаментами женщин в период беременности, на оснащение учреждений здравоохранения медицинским оборудованием, инструментарием, мягким инвентарем и изделиями медицинского назначения, а также на дополнительное питание для беременных женщин и кормящих матерей. Данные меры позволяют укрепить материально-техническую базу женских консультаций и родильных домов, а также усилить мотивацию медицинских учреждений в улучшении качества оказания медицинских услуг женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде.

ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ГРАЖДАН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ВКЛЮЧАЯ СОКРАЩЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И ТАБАКА

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 19.08.2009 №597н «Об организации центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Фе-



ОБЪЕМЫ ФИНАНСОВЫХ СРЕДСТВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ОПЛАТУ РОДОВЫХ СЕРТИФИКАТОВ В ПЕРИОД 2006–2010 ГОДОВ, МЛРД. РУБЛЕЙ

дерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» в 2010 году в субъектах РФ функционировало 553 центра здоровья (за исключением Республики Ингушетия).

Медицинская помощь, оказываемая в центрах здоровья, включалась в территориальные программы ОМС субъектов РФ и финансировалась за счет средств ОМС (за исключением Ненецкого автономного округа).

В 2010 году количество обращений (посещений) граждан в центры здоровья в целом по Российской Федерации составило 2,13 млн. Основную их часть (87,2%) составили первичные обращения для проведения комплексного обследования – 1,85 млн. посещений. При этом количество повторных обращений граждан Российской Федерации в центры здоровья увеличилось в течение года в 2,5 раза (рис. 12).

Реализация региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ

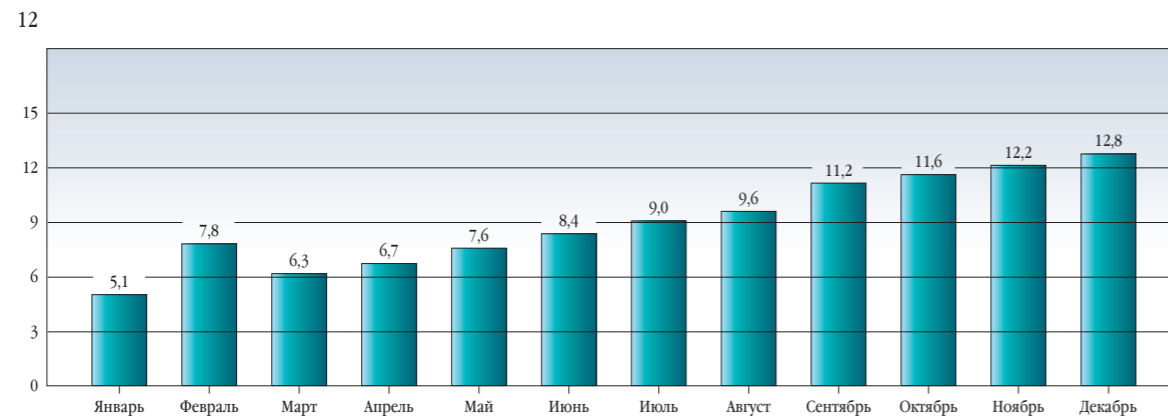
Председателем Правительства РФ В.В. Путиным при отчете Правительства РФ за 2009 год в Государственной Думе Федерального Собрания РФ 20 апреля 2010 года поставлена задача по разработке и реализации программ модернизации здравоохранения субъектов РФ, направленных на обеспечение условий для реализации гражданами прав в области охраны здоровья, то есть на существенное улучшение качества и доступности медицинской помощи.

В соответствии с частью 2 статьи 50 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ будет осуществляться за счет доходов, поступающих в бюджет Федерального фонда от средств страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размере двух процентных пунктов в соответствии с Федеральным законом от 24.07.2009 №212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд РФ, Фонд социального страхования РФ, Федеральный фонд ОМС и территориальные фонды ОМС», средств бюджетов субъектов РФ и бюджетов территориальных фондов.

Предусмотренные в бюджете Федерального фонда ОМС средства на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ в период 2011–2012 годов будут направляться на следующие цели:

- 1) укрепление материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, в том числе обеспечение завершения строительства ранее начатых объектов, текущий и капитальный ремонт государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, приобретение медицинского оборудования;





ДОЛЯ ВТОРИЧНЫХ ОБРАЩЕНИЙ В ОБЩЕМ КОЛИЧЕСТВЕ ОБРАЩЕНИЙ (ПОСЕЩЕНИЙ) ГРАЖДАН В ЦЕНТРЫ ЗДОРОВЬЯ

- 2) внедрение современных информационных систем в здравоохранение в целях перехода на полисы ОМС единого образца, в том числе обеспеченных федеральным электронным приложением универсальной электронной карты, внедрение телемедицинских систем, систем электронного документооборота и ведение медицинских карт пациентов в электронном виде;
- 3) внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами.

Финансовое обеспечение мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ на 2011–2012 годы будет осуществляться на основе заключения соглашений высших исполнительных органов государственной власти субъектов РФ с Министерством здравоохранения и социального развития РФ и Федеральным фондом ОМС.

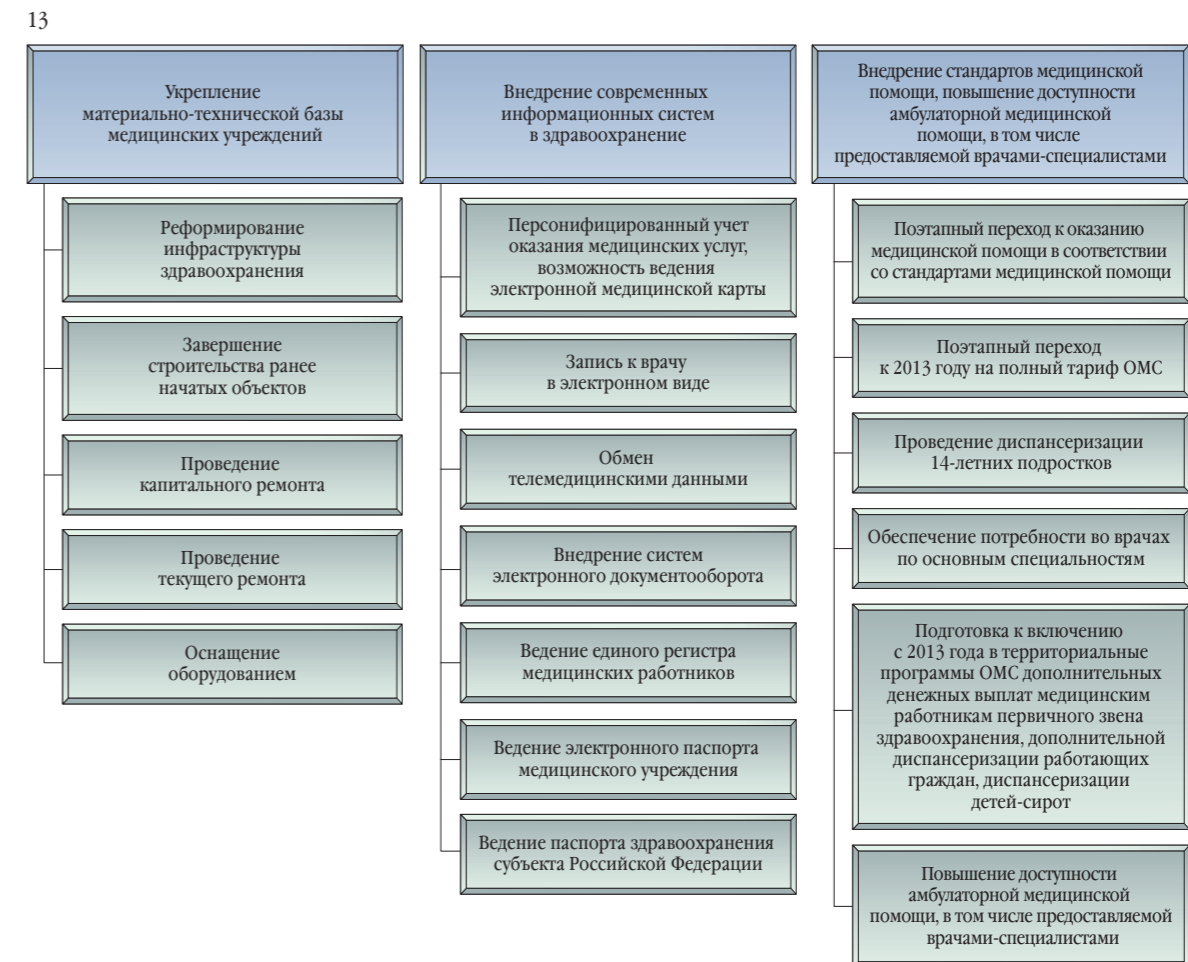
Период реализации программных мероприятий по модернизации здравоохранения является переходным для отрасли в целом и направлен на достижение уровня материально-технического и кадрового ресурсного обеспечения здравоохранения, соответствующего требованиям современных стандартов медицинской помощи и обеспечивающего создание необходимых условий для равнодоступной и качественной медицинской помощи населению на территории Российской Федерации.

Приоритетом программ модернизации здравоохранения в субъектах Российской Федерации установлено совершенствование оказания медицинской помощи при заболеваниях, являющихся причинами высокой смертности и определяющих высокий уровень потери трудового потенциала страны. Особое внимание в ходе реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ будет уделено вопросам совершенствования оказания медицинской помощи детям, включая новорожденных, и женщинам.

На заседании президиума Совета при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике в г. Тамбове (2 июля 2010 года) было принято решение о включении в программу реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» с 2011 года новых мероприятий:

- проведение углубленной диспансеризации 14-летних подростков;
- выхаживание новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела;
- развитие неонатальной хирургии;
- создание центров медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации;
- создание учреждений паллиативной (хосписной) помощи детям;
- развитие системы восстановительного лечения для детей первых трех лет жизни.

Указанные направления станут составной частью мероприятий, направленных на модернизацию регионального здравоохранения (рис. 13). Кроме того, в рамках модернизации здравоохранения субъектов РФ в период 2011–2012 годов будут отработаны механизмы включения с 2013 года в территориальные программы ОМС дополнительных денежных выплат медицинским



МЕРОПРИЯТИЯ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПЕРИОД 2011–2012 ГОДОВ

работникам первичного звена здравоохранения, дополнительной диспансеризации работающих граждан и диспансеризации детей-сирот.

На основе анализа работы коечного фонда и изучения длительности ожидания пациентами медицинской помощи в субъектах РФ в рамках модернизации регионального здравоохранения будет проведена реструктуризация коечного фонда с выделением коек реанимации, лечения и коек сестринского ухода. Реструктуризация сети медицинских учреждений будет предусматривать создание межрайонных центров, обеспечивающих оптимальную маршрутизацию больных с целью своевременного оказания им медицинской помощи.

Мероприятия по укреплению материально-технической базы учреждений здравоохранения позволят добиться сокращения сроков ожидания пациентами приема врачей общей практики, участковых врачей, необходимых обследований – до двух дней, приема у специалистов – до трех дней, обеспечат условия для оказания медицинской помощи в соответствии с федеральными порядками оказания и стандартами медицинской помощи.

Результатом реализации мероприятий программы станет создание условий, при которых маммографическое обследование смогут пройти не менее 50% женщин в возрасте от 40 до 60 лет, обследование на наличие онкомаркеров – до 35% граждан в возрасте после 45 лет, не менее 95% женщин с 12-недельным сроком беременности будут обеспечены медицинским наблюдением с проведением дородовой диагностики в полном объеме, необходимом для сохранения жизни матери и ребенка.

Результатом осуществления мероприятий по внедрению современных информационных систем в здравоохранении станут: предоставление гражданам возможности выбора медицинского учреждения и врача, дистанционной записи к специалистам, просмотра листа ожидания в режиме он-



лайн, графика работы врачей, а также оптимизация управления системой здравоохранения. Граждане будут иметь возможность в электронном виде выставить оценку оказанной им медицинской помощи.

С этой целью предполагается оснащение лечебных учреждений современным компьютерным оборудованием, программным обеспечением, ведение единого регистра медицинских работников, электронного паспорта медицинского учреждения и паспорта системы здравоохранения субъекта РФ.

Реализация мер по модернизации здравоохранения к 2013 году обеспечит усиление первичного звена, профилактической направленности первичной медико-санитарной помощи, снижение кадрового дефицита в отрасли, повышение доступности медицинской помощи и удовлетворенности граждан Российской Федерации качеством медицинских услуг.