

# ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2011 ГОДУ



ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ,  
ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ  
(С 13 НОЯБРЯ 2008 ГОДА ПО 18 ИЮНЯ 2012 ГОДА)

Андрей Владимирович Юрин

Вступивший в силу в 2011 году Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» способствовал позитивным изменениям в системе обеспечения конституционных прав граждан на бесплатное получение медицинской помощи на всей территории Российской Федерации.

За прошедший год увеличилось число медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным гражданам, в основном за счет медицинских организаций негосударственных форм собственности. Положительная динамика количества поставщиков медицинских услуг создает основу для развития конкуренции на рынке обязательного медицинского страхования, роста доступности медицинской помощи и расширения возможностей выбора для граждан.

Осуществляется переход на полисы обязательного медицинского страхования единого образца, не требующие замены при смене страховой медицинской организации либо места жительства, и создание единой базы данных застрахованных лиц, что исключает возможность дублирования сведений о застрахованных, двойное финансирование и обеспечивает защиту права граждан на получение медицинской помощи. За прошедший год выдано 12 млн полисов единого образца. В дальнейшем полис обязательного медицинского страхования будет включаться в состав единой универсальной электронной карты гражданина.

Законодательно установленные требования к условиям и срокам платы за медицинскую помощь, оказанную застрахованным в других субъектах Российской Федерации, обеспечили реализацию экстерриториального принципа оплаты медицинской помощи и гарантировали застрахованному лицу бесплатную медицинскую помощь в любом регионе Российской Федерации, вне зависимости от места постоянной регистрации и получения полиса.

С 2011 года работодатели – страхователи для работающих граждан – уплачивают страховые взносы на обязательное медицинское страхование по тарифу 5,1%. 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.). Дополнительный объем полученных средств от увеличения тарифа страхового взноса на 2 процентных пункта направляется в 2011–2012 годах на реализацию региональных программ и мероприятий по модернизации здравоохранения. На указанное направление в бюджете Федерального фонда обязательно медицинского страхования предусмотрены средства в объеме 460 млрд рублей на два года.

На выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования в 2011 году из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования направлено 96 млрд рублей, в том числе дотаций 90 млрд рублей и 6 млрд рублей из средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

В целях реализации положений Федерального закона от 29 ноября 2010 года №313-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», уточняющих полномочия органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления по организации оказания медицинской помощи, в 2011 году в субъектах Российской Федерации осуществлялась деятельность по разработке и принятию соответствующих региональных нормативных правовых актов. В настоящее время в 44 регионах органы исполнительной власти приняли решение об исполнении полномочий по организации оказания медицинской помощи, в 23 регионах исполнение указанных полномочий передано органам местного самоуправления, в 16 субъектах Российской Федерации полномочиями по организации оказания медицинской помощи наделены органы местного самоуправления отдельных муниципальных образований.

Внесены изменения в Федеральный закон от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», предусматривающие осуществление в 2012 году единовременных компенсационных выплат молодым врачам, переехавшим на работу в сельский населенный пункт, в размере 1 млн рублей на одного врача. На указанные выплаты планируется направить в 2012 году до 11 млрд рублей, предусмотренных в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Доход сельских врачей от единовременных компенсационных выплат не будет облагаться налогом на доходы физических лиц – соответствующие поправки внесены в Налоговый кодекс Российской Федерации.

## Организационная структура системы обязательного медицинского страхования

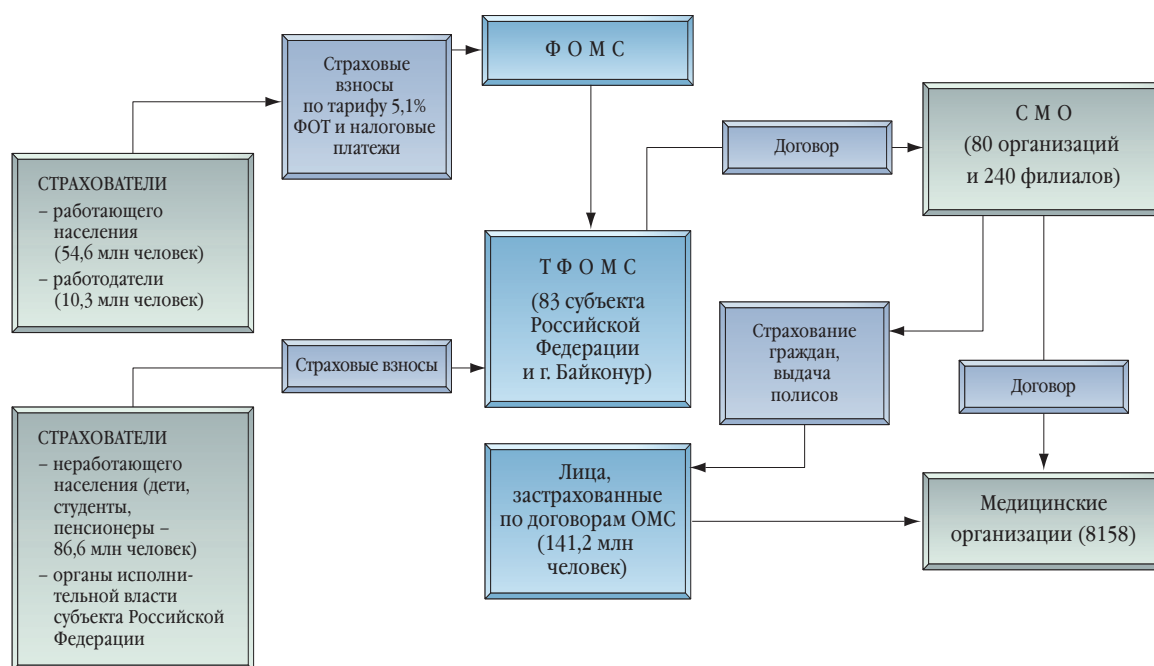
В системе обязательного медицинского страхования осуществляют деятельность Федеральный и 84 территориальных фонда обязательного медицинского страхования, включая территориальный фонд обязательного медицинского страхования г. Байконура (рис. 1).

Общая численность застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц по состоянию на 1 января 2012 года составила 141,2 млн человек, в том числе 54,6 млн работающих граждан и 86,6 млн неработающих. В структуре застрахованного населения преобладают неработающие граждане, доля которых составляет 61,4%. В разрезе регионов указанная доля варьируется от 90,8% в Республике Ингушетия до 35,9% в г. Москве.

По состоянию на 1 января 2012 года в органах Пенсионного фонда Российской Федерации зарегистрировано около 10,3 млн страхователей для работающих граждан, из них 5,3 млн юридических лиц (51,5%) и 4,9 млн индивидуальных предпринимателей (47,6%).



1



ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

## Реализация территориальных программ обязательного медицинского страхования

Доля средств обязательного медицинского страхования в структуре стоимости территориальных программ государственных гарантий в целом по Российской Федерации – 53,1%, в разрезе субъектов Российской Федерации указанная доля разнится от 96,0% в Калининградской области до 27,6% в Ямало-Ненецком автономном округе.

Утвержденная стоимость территориальных программ обязательного медицинского страхования в целом по Российской Федерации в 2011 году составила 669 582,5 млн рублей. Территориальные программы обязательного медицинского страхования в части их финансового обеспечения были выполнены на 96,0%. При этом в 43 регионах значение указанного показателя приблизилось к 100%.

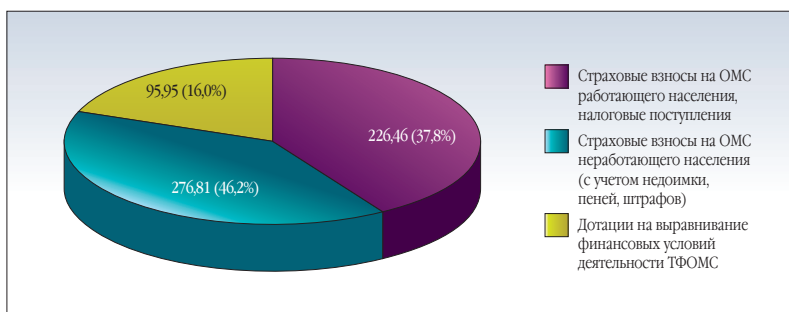
В 6 субъектах Российской Федерации фактическое исполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования сложилось ниже утвержденной стоимости более чем на 20%: в Забайкальском крае – 65,6%, Приморском крае – 66,9%, Саратовской области – 75,0%, Волгоградской области – 77,0%, г. Байконуре – 78,0%, Курской области – 79,6%.

Величина дефицита территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2011 году в разрезе регионов имеет разный уровень – от 39,7% в Республике Дагестан до 0,3% в Ставропольском крае (в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – от 37,3% в Республике Дагестан до 1,1% в Рязанской области). Значение указанного показателя превышает 20% в 28 субъектах Российской Федерации (в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – в 34).

В структуре основных источников финансового обеспечения территориальных программ обязательного медицинского страхования наибольший удельный вес – 46,2% – занимают страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения. Доля страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающих граждан – 37,8%, доля средств на выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования (дотации Федерального фонда обязательного медицинс-



2



СТРУКТУРА ДОХОДОВ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, МЛРД РУБЛЕЙ

кого страхования и средства нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования) – 16,0% (рис. 2).

В сравнении с 2010 годом значительно увеличились страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре – в 4,5 раза, Республике Мордовия – в 1,9 раза, Ямало-Ненецком автономном округе – на 171,2%, Чувашской Республике – на 152,7%.

В 2011 году в среднем по Российской Федерации на 1 застрахованного жителя поступило 4236,6 рубля (исходя из тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование работающего населения 3,1 процентных пункта), что на 24,7% больше, чем в 2010 году (3397,6 рубля). При этом на 1 работающего застрахованного по обязательному медицинскому страхованию поступило страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения в сумме 5568,5 рубля, то есть на 21,6% больше, чем в предыдущем году (4579,6 рубля); на 1 застрахованного неработающего – 3313,4 рубля – на 29,2% больше, чем в предыдущем году (2564,2 рубля).

Подушевой норматив финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования за счет средств обязательного медицинского страхования в среднем по Российской Федерации в 2011 году составил 3663,3 рубля, что на 11% ниже рекомендованного федерального норматива (4102,9 рубля). В 2010 году указанный норматив сложился на уровне 3193,7 рубля, что на 21% ниже рекомендованного федерального норматива (4059,6 рубля).

В 2011 году установленный норматив финансового обеспечения территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования выполняется в г. Санкт-Петербурге (136,4%), Ленинградской области (133,4%), Московской области (128,4%), Тульской области (111,6%), Удмуртской Республике (107,9%), Чукотском автономном округе (107,8%), Ханты-Мансийском автономном округе – Югре (106,9%), г. Москве (106,5%), Тюменской области (102,2%), Республике Саха (Якутия) (101,9%), Нижегородской области (101,3%), Чувашской Республике (100,2%).

Самое низкое выполнение норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Дагестан (62,7%), Сахалинской области (63,3%), Республике Ингушетия (63,5%), Иркутской области (63,9%), Республике Марий Эл (64,7%).

В среднем по Российской Федерации фактические объемы стационарной медицинской помощи в рамках реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования превысили рекомендованный норматив, объемы амбулаторной медицинской помощи и медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, сложились ниже рекомендованных.

Утвержденный показатель объема амбулаторной медицинской помощи составил в целом по Российской Федерации 8,719 посещения в расчете на 1 застрахованного в год, или 97,3% к рекомендованному нормативу, фактический показатель сложился на уровне 8,219 посещения (91,7% к рекомендованному и 94,3% к утвержденному значению показателя).



Утвержденные показатели объема амбулаторной медицинской помощи не выполнены в 76 регионах, причем наименьшее исполнение отмечается в Чеченской Республике (58% от утвержденного объема), в Псковской области (64%) и в Чукотском автономном округе (69%).

Утвержденный показатель объема стационарной медицинской помощи составил в целом по Российской Федерации 2,029 койко-дня в расчете на 1 застрахованного в год, или 107,1% к рекомендованному нормативу, фактический показатель сложился на уровне 2,016 койко-дня (106,4% к рекомендованному и 99,4% к утвержденному значению показателя).

При общем сокращении объемов стационарной помощи в среднем по Российской Федерации в 51 регионе фактические показатели превысили утвержденные. Средняя длительность пребывания 1 больного в стационаре в сравнении с 2010 годом сократилась на 1,5% и составила 10,43 дня.

Утвержденный показатель объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров, составил в целом по Российской Федерации 0,514 пациенто-дня в расчете на 1 застрахованного в год, что превышает рекомендованный норматив на 4,9%, фактический показатель сложился на уровне 0,463 пациенто-дня (94,5% к рекомендованному и 90,1% к утвержденному значению показателя).

Фактические показатели объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров, превысили утвержденные в 27 регионах.

В целом расходы на амбулаторную медицинскую помощь составили 233 564,31 млн рублей, что выше показателя 2010 года на 21,3%. Средняя стоимость случая лечения в амбулаторно-поликлинических условиях составила 485,74 рубля, что выше уровня 2010 года на 15,7%.

Средняя стоимость 1 посещения (без учета влияния районного коэффициента) – 173,9 рубля (102,6% от рекомендованного норматива), что выше показателя 2010 года на 16,6%. Фактическая стоимость 1 посещения превысила утвержденную в 43 субъектах Российской Федерации.

Расходы на стационарную медицинскую помощь сложились на уровне 362 710,92 млн рублей, что выше показателя 2010 года на 17,7%. Средняя стоимость 1 случая лечения в стационаре составила 13 262,0 рубля, что превышает уровень 2010 года на 18%.

Средняя стоимость 1 койко-дня (без учета влияния районного коэффициента) составила 1101,1 рубля (94,4% от рекомендованного норматива), что выше показателя 2010 года на 19,8%. Фактическая стоимость 1 койко-дня в 40 субъектах Российской Федерации превысила утвержденную.

На медицинскую помощь, оказанную в условиях дневных стационаров, израсходовано 22 541,63 млн рублей, что выше показателя 2010 года на 25,7%. Средняя стоимость лечения 1 больного сложилась на уровне 3548,43 рубля.

Средняя стоимость 1 пациенто-дня (без учета влияния районного коэффициента) составила 297,7 рубля (63,3% от рекомендованного норматива), что выше показателя 2010 года на 21,4%. Фактическая стоимость 1 пациенто-дня превысила утвержденную в 5 субъектах Российской Федерации.

## Переход на одноканальное финансирование здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования

В 2011 году поэтапный переход на одноканальное финансирование здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования осуществлялся в 42 регионах. На финансовое обеспечение медицинской помощи сверх базовой программы обязательного медицинского страхования выделено 37,78 млрд рублей, или 11,7% совокупной стоимости территориальных программ обязательного медицинского страхования, что превышает уровень 2010 года на 62,6%.

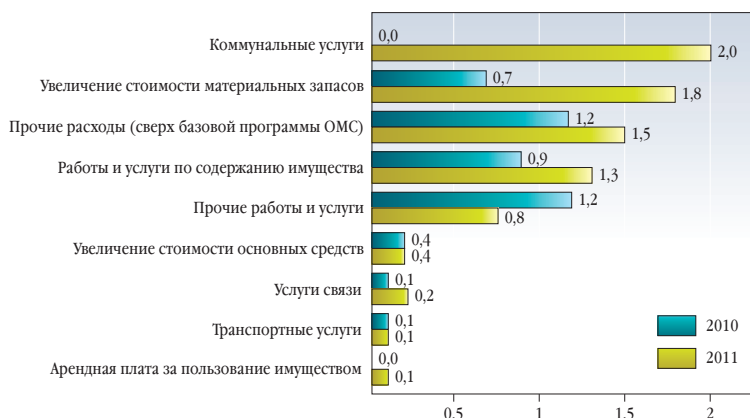


3



СТРУКТУРА РАСХОДОВ НА ФИНАНСИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОСУЩЕСТВЛЕННЫХ СВЕРХ БАЗОВОЙ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, %

4



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

5



СТРУКТУРА РАСХОДОВ НА ОПЛАТУ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, НЕ ВКЛЮЧЕННЫХ В БАЗОВУЮ ПРОГРАММУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, В РАЗРЕЗЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, %

Мероприятия по поэтапному переходу на одноканальное финансирование здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования в 2011 году предусматривали расширение тарифа по обязательному медицинскому страхованию и включение в территориальную программу обязательного медицинского страхования видов медицинской помощи и заболеваний, финансируемых в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи за счет средств бюджетов соответствующих уровней (рис. 3).



При расширении тарифа наибольшую долю в структуре расходов медицинских организаций по территориальной программе обязательного медицинского страхования заняли затраты на коммунальные услуги – 2%, увеличение стоимости материальных запасов – 1,8%, работы и услуги по содержанию имущества – 1,3%, прочие работы и услуги (установка и монтаж локальных вычислительных сетей, систем охранной и пожарной сигнализации и др.) – 0,8% (рис. 4).

В 2011 году в 18 субъектах Российской Федерации в территориальные программы обязательного медицинского страхования были включены виды медицинской помощи, не входящие в базовую программу обязательного медицинского страхования (рис. 5).

С 2011 года в рамках региональных программ модернизации здравоохранения субъектами Российской Федерации осуществлялся ряд мероприятий, направленных на обеспечение эффективного управления ресурсами системы обязательного медицинского страхования, в том числе внедрение эффективных способов оплаты медицинской помощи (подушевое финансирование медицинской помощи, оказываемой амбулаторными медицинскими учреждениями, оплата стационарной медицинской помощи по законченному случаю лечения).

В 2011 году в 27 регионах медицинская помощь, оказываемая в амбулаторно-поликлинических учреждениях, оплачивалась по подушевому нормативу. Расходы на оплату медицинской помощи данным способом в отчетном периоде составили 9,3% совокупного объема финансирования амбулаторной помощи по территориальным программам обязательного медицинского страхования.

В 57 регионах медицинская помощь, оказываемая в условиях стационара, оплачивалась по законченному случаю лечения. При этом в 7 субъектах Российской Федерации (Вологодская, Воронежская, Кировская, Костромская, Орловская и Челябинская области, г. Санкт-Петербург) расчет размера тарифа на оплату стационарной медицинской помощи по законченному случаю лечения осуществлялся по клинко-статистическим группам. На оплату медицинской помощи по законченному случаю в отчетном периоде израсходовано 65,3% совокупного объема финансирования медицинской помощи, предоставляемой в стационарных условиях, по территориальным программам обязательного медицинского страхования.

Высокотехнологичная медицинская помощь оплачивалась по законченному случаю лечения во всех регионах, включивших данный вид помощи в территориальную программу обязательного медицинского страхования (Республика Татарстан, Красноярский край, Тюменская область).

Медицинская помощь, оказываемая в условиях дневных стационаров, оплачивалась по законченному случаю лечения в 44 регионах. Расходы на оплату медицинской помощи данным способом в отчетном периоде составили 52,5% совокупного объема финансирования медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров. При этом медицинская помощь при социально значимых заболеваниях оплачивалась в условиях дневных стационаров в 3 субъектах Российской Федерации (Республика Коми, Красноярский край, Тюменская область).

## Организация защиты прав и законных интересов застрахованных в сфере обязательного медицинского страхования

В соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в 2011 году Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, территориальные фонды обязательного медицинского страхования и страховые медицинские организации осуществляли деятельность:

- по обеспечению прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования;
- информированию граждан о порядке обеспечения и защиты их прав;
- контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.



В отчетном году количество жалоб снизилось до 46,9 тыс. (в 2010 году – 51,8 тыс., в 2009 году – 70,3 тыс.), что составляет 0,2% от всех поступивших за отчетный период обращений, примерно половина из них признаны обоснованными.

Основными причинами жалоб застрахованных лиц, как и в предыдущие годы, явились взимание денежных средств за медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования, и слабая организация работы медицинских организаций.

Страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами обязательного медицинского страхования внедряется институт представителей страховых медицинских организаций и территориальных фондов обязательного медицинского страхования в медицинских организациях.

В отчетном году институт представительств организован в 69 субъектах Российской Федерации (в 2010 году – в 44) и осуществляет деятельность по защите прав застрахованных лиц в 2190 медицинских организациях.

## Страховые медицинские организации и медицинские организации в системе обязательного медицинского страхования

В 2011 году в системе обязательного медицинского страхования работали 80 страховых медицинских организаций, заключивших 82 договора финансирования обязательного медицинского страхования, и 240 филиалов страховых медицинских организаций. Страховые медицинские организации и их филиалы осуществляли деятельность по обязательному медицинскому страхованию во всех регионах, за исключением Чукотского автономного округа, и в г. Байконуре.

В 2011 году более 100 млн человек (72% от общего числа застрахованных) были застрахованы в 13 страховых медицинских организациях. Наиболее крупными страховыми медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования являлись ЗАО «МАКС-М» (застраховано по обязательному медицинскому страхованию 20,5 млн человек), ОАО «Росно-МС» (16,9 млн человек), ОАО «СК «СОГАЗ-Мед» (12,6 млн человек).

В 2011 году в сфере обязательного медицинского страхования участвовали 8158 медицинских организаций, в том числе 631 ведомственная медицинская организация (7,7%), включая 222 организации (2,7%), подведомственные ОАО «РЖД», 120 организаций (1,5%), подведомственных ФМБА России, 87 организаций (1,1%), подведомственных Минздравсоцразвития России, и др.

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

В 2011 году продолжилась реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» и мероприятий по улучшению демографической ситуации.

### ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН

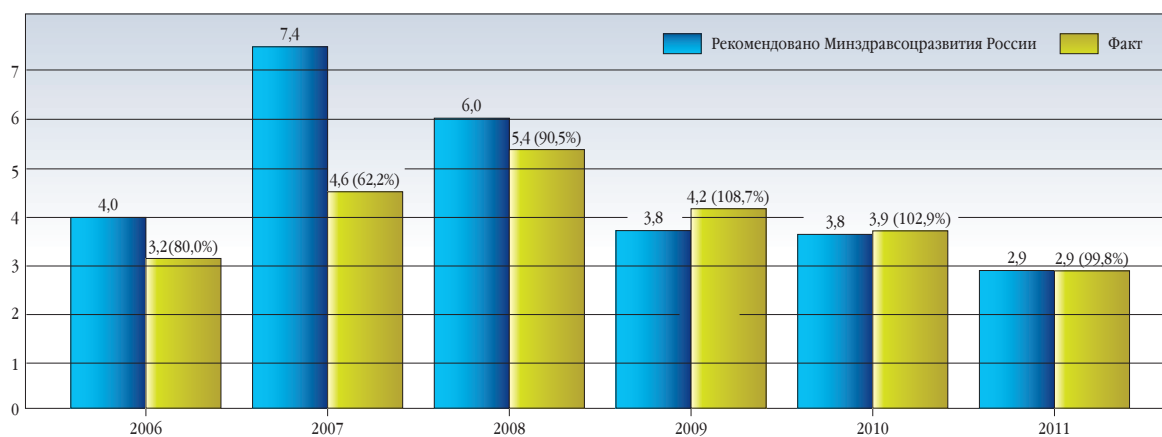
В целом с 2006 по 2011 год дополнительная диспансеризация проведена в отношении 24 199 601 человека (рис. 6). В 2011 году дополнительную диспансеризацию прошли 2 868 277 человек.

Утвержденный план по численности лиц, подлежащих дополнительной диспансеризации, 66 регионов выполнили на 100% и более, в том числе: Кемеровская область (111,3%), Республика Тыва (110,6%), Хабаровский край (110,0%), Оренбургская (109,3%) и Вологодская (108,9%) области и др.



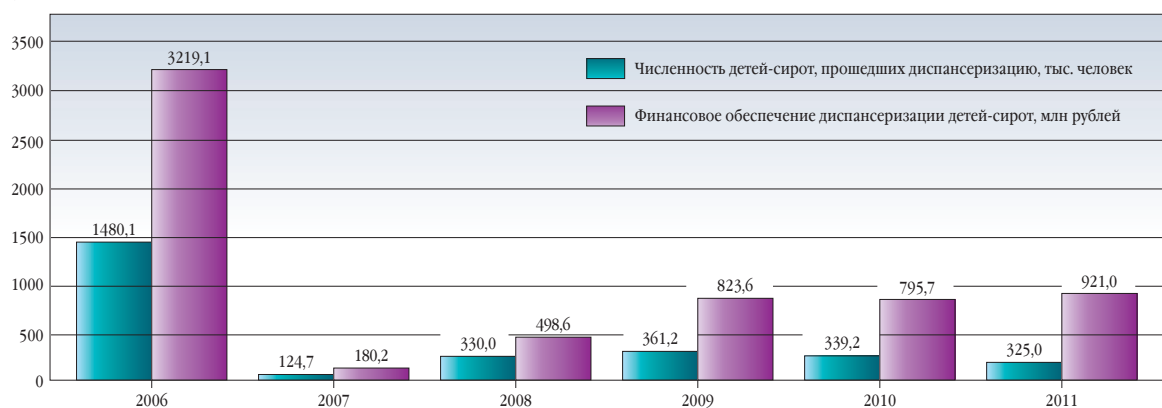


6



ЧИСЛЕННОСТЬ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН, ПРОШЕДШИХ ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ В 2006–2011 ГОДАХ, МЛН ЧЕЛОВЕК

7



ПРОВЕДЕНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРЕБЫВАЮЩИХ В СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ, В 2007–2011 ГОДАХ

#### ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПРЕБЫВАЮЩИХ В СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

Начиная с 2007 года в Российской Федерации осуществляется диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (далее – диспансеризация детей-сирот). За этот период на проведение диспансеризации детей-сирот из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования было направлено 3,2 млрд рублей (рис. 7). В 2011 году диспансеризацию прошли 324 966 детей-сирот.

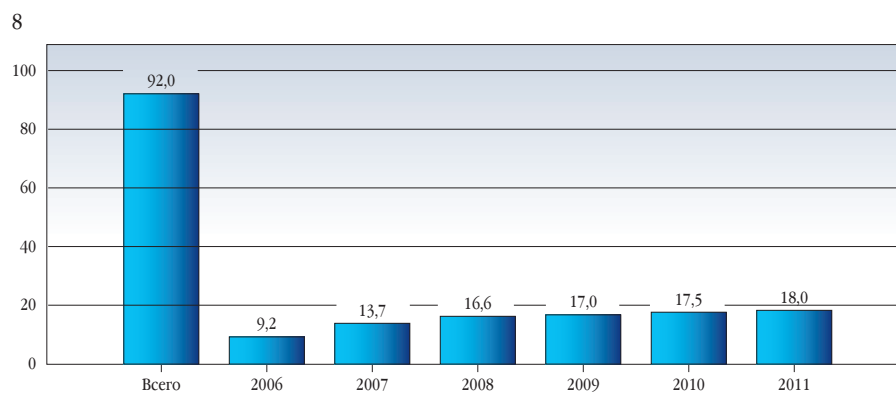
В 49 регионах план выполнен на 100% и более (Республика Бурятия – 108,1%, Ивановская область – 104,7%, Приморский край – 101,4%, Чукотский автономный округ – 103,6%, Оренбургская область – 101,1%, Удмуртская Республика – 101,0%).

Не достигли целевых значений Камчатский край (83,0%), Ханты-Мансийский автономный округ – Югра (85,4%), Республика Карелия (93,3%), Челябинская и Магаданская области (94,2 и 94,3% соответственно).

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

В 2011 году на оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого го-





ОБЪЕМЫ ФИНАНСОВЫХ СРЕДСТВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ОПЛАТУ РОДОВЫХ СЕРТИФИКАТОВ В ПЕРИОД 2006–2011 ГОДОВ, МЛРД РУБЛЕЙ

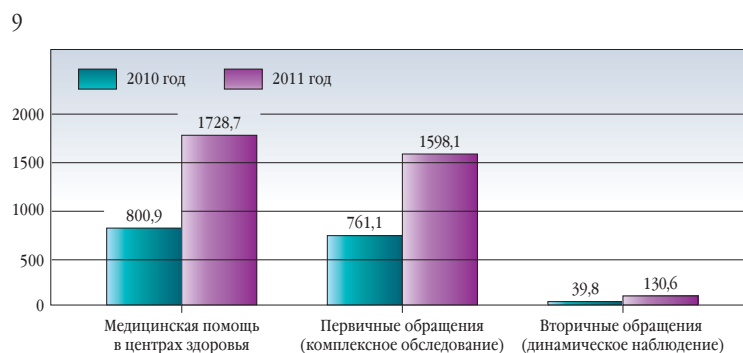


РИС.9. ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ, ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В 2010–2011 ГОДАХ, МЛН РУБЛЕЙ

да жизни в бюджет Фонда социального страхования Российской Федерации было направлено 17 999 983,7 тыс. рублей (рис. 8).

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.

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

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 19 августа 2009 года №597н «Об организации центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» в 2011 году в субъектах Российской Федерации функционировало 697 центров здоровья для взрослых и детей, что на 26% больше по сравнению с уровнем 2010 года. В отчетном периоде в целом по Российской Федерации зарегистрировано 4,02 млн посещений центров здоровья, что на 88% превышает уровень 2010 года. При этом доля первичных обращений для проведения комплексного обследования составила 80,6%, а доля повторных посещений гражданами центров здоровья увеличилась в течение года с 14,1 до 19,4% (рис. 9).

Финансирование медицинской помощи в центрах здоровья осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования во всех субъектах Российской Федерации, кроме Ненецкого автономного округа, где медицинские услуги оплачиваются за счет средств бюджета региона.

Фактическая стоимость одного законченного случая комплексного обследования в среднем по Российской Федерации составила 508,6 рубля. Наибольшая стоимость одного законченно-



го случая (без учета влияния районных коэффициентов) отмечена в г. Санкт-Петербурге (975,4 рубля), Магаданской области (882,6 рубля), Республике Татарстан (713,4 рубля), Белгородской области (668,6 рубля), г. Москве (593,6 рубля), Ростовской (561,8 рубля) и Амурской (545,6 рубля) областях.

## Реализация региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации

В целях повышения качества и доступности медицинской помощи в субъектах Российской Федерации началась реализация мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения на 2011–2012 годы. Финансовое обеспечение программ модернизации на два года в размере 622,69 млрд рублей осуществляется в соответствии с целями, установленными Федеральным законом от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»:

- 1) укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения, в том числе обеспечение завершения строительства ранее начатых объектов, текущий и капитальный ремонт, приобретение медицинского оборудования;
- 2) внедрение современных информационных систем в здравоохранение, обеспечивающих переход на единый полис обязательного медицинского страхования, 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.

В 2011 году работы по капитальному строительству и ремонту закончены в половине всех медицинских учреждений, работающих в системе обязательного медицинского страхования: принято 34 объекта ранее начатого строительства, проведены капитальный и текущий ремонты в 1912 учреждениях здравоохранения. Приобретено более 85 тыс. единиц медицинского оборудования для 4,1 тыс. учреждений здравоохранения. В 2012 году будет еще приобретено 173 тыс. единиц. Новым медицинским оборудованием будут оснащены 60% всех учреждений здравоохранения. Закуплено 32,3 тыс. единиц компьютерной техники, начаты процедуры заключения государственных (муниципальных) контрактов на закупку 106,5 тыс. единиц, что составляет 55,6% от запланированного количества. Стандарты медицинской помощи внедрены в 3,1 тыс. учреждений здравоохранения.

С 2011 года врачи-специалисты, оказывающие амбулаторную медицинскую помощь, и работающие с ними средние медицинские работники стали получать дополнительные стимулирующие выплаты по результатам оказанных ими услуг.

## Контроль за соблюдением законодательства в сфере обязательного медицинского страхования и использованием средств

В 2011 году Федеральным фондом обязательного медицинского страхования проведены проверки в 59 регионах по вопросам, касающимся:

- реализации мероприятий региональной программы модернизации здравоохранения субъекта Российской Федерации;
- соблюдения законодательства об обязательном медицинском страховании и установленного порядка использования средств бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования в 2010–2011 годах;



- соблюдения законодательства об обязательном медицинском страховании в части выполнения мероприятий по обеспечению застрахованных граждан полисами обязательного медицинского страхования;
- полноты устранения нарушений и недостатков, выявленных в ходе проведенных Федеральным фондом обязательного медицинского страхования в 2009 и 2010 годах проверок;
- обоснованности жалоб и обращений граждан о нарушениях законодательства об обязательном медицинском страховании.

## Подготовка специалистов системы обязательного медицинского страхования

В 2011 году подготовку специалистов системы обязательного медицинского страхования осуществляли 17 образовательных учреждений. Организовано более 60 учебных мероприятий, в которых приняли участие более 1500 работников территориальных фондов обязательного медицинского страхования, медицинских организаций, профессорско-преподавательского состава профильных кафедр медицинских вузов, страховых медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования.

## Информатизация в сфере обязательного медицинского страхования

Информатизация в сфере обязательного медицинского страхования в 2011 году осуществлялась в соответствии с Концепцией информатизации системы обязательного медицинского страхования на период 2011–2015 годов. Основными направлениями деятельности по информатизации являлись:

- построение единого информационного пространства системы обязательного медицинского страхования, интегрированного в единое информационное пространство системы здравоохранения в целом;
- нормативно-методологическое обеспечение вопросов информатизации системы обязательного медицинского страхования;
- создание и развитие прикладных информационных систем в сфере обязательного медицинского страхования.