

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
Наталья Николаевна Стадченко

В системе обязательного медицинского страхования осуществляют деятельность Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее – Федеральный фонд, ФОМС) 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 равна 141,2 млн человек, в том числе:

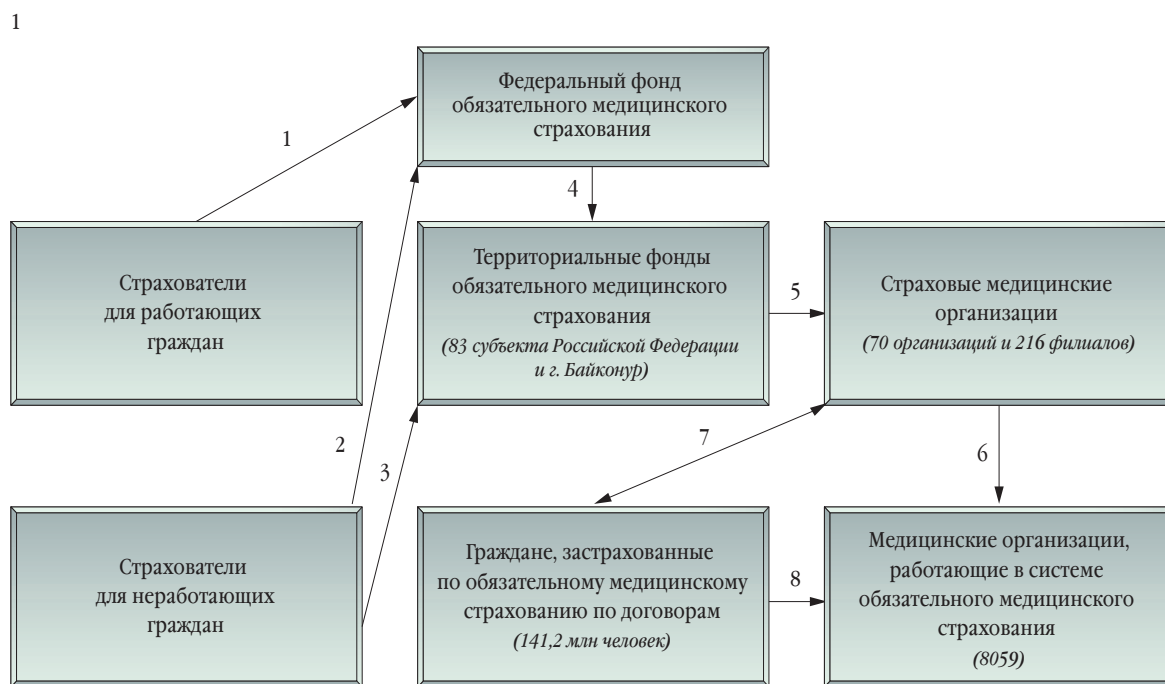
- работающих – 54,6 млн;
- неработающих – 86,6 млн.

В структуре застрахованного населения преобладают неработающие граждане – 61,4%. В разрезе субъектов Российской Федерации указанная доля варьируется от 90,8% в Республике Ингушетия до 35,9% в г. Москве.

В соответствии с действующим законодательством для целей обязательного медицинского страхования в территориальных органах Пенсионного фонда Российской Федерации зарегистрировано 10,3 млн страхователей для работающих граждан, из них:

- юридические лица – 5,3 млн, или 51,5%;
- индивидуальные предприниматели – 4,9 млн, или 47,6%.

В территориальных фондах обязательного медицинского страхования зарегистрировано 88 страхователей для неработающих граждан (из них 84 – органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации, 4 – иные организации, определенные Правительством Российской Федерации).



ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ:

- 1 – страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения;
- 2 – страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения;
- 3 – платежи субъектов Российской Федерации на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования, на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования;
- 4 – предоставление субвенций на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования;
- 5 – предоставление страховой медицинской организацией средств в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;
- 6 – оплата медицинской помощи по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;
- 7 – страхование граждан – выдача полисов, осуществление контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций;
- 8 – обращения за бесплатным оказанием медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию при наступлении страхового случая

Реализация территориальных программ

Доля средств обязательного медицинского страхования в структуре территориальных программ государственных гарантий в целом по Российской Федерации равна 55,6%, в разрезе субъектов Российской Федерации – от 96,1% в Калининградской области до 31,6% в Ненецком автономном округе.

Утвержденная стоимость территориальных программ обязательного медицинского страхования в целом по Российской Федерации в 2012 году составила 769 234,5 млн рублей.

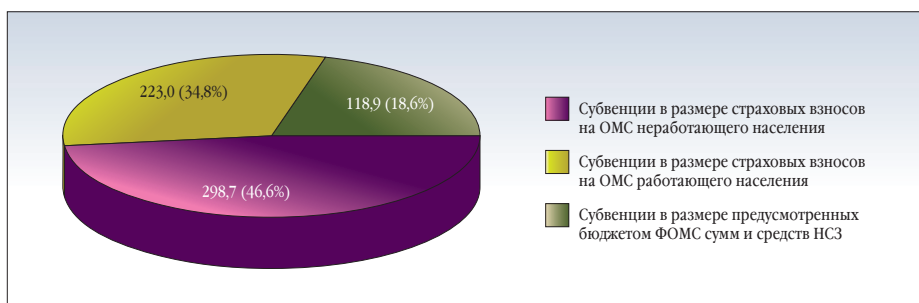
В 17 субъектах Российской Федерации фактическое исполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования сложилось ниже утвержденной стоимости более чем на 10%: в Республике Калмыкия – 73,6%, в Республике Ингушетия – 81,0%, в Республике Хакасия – 82,2%, в Курской области – 82,8%, в Республике Адыгея – 83,4%, в г. Москве – 83,7%, в Челябинской области – 83,9%.

Величина дефицита территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2012 году в разрезе регионов имеет разный уровень – от 26,4% в Республике Калмыкия до 0,1% в Сахалинской области. Значение указанного показателя превышает утвержденную стоимость в 14 субъектах Российской Федерации.

Исполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в целом по Российской Федерации в 2012 году составило 94,4% от их утвержденной стоимости.



2



СТРУКТУРА СУБВЕНЦИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА РЕАЛИЗАЦИЮ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В 2012 ГОДУ, МЛРД РУБЛЕЙ

В 2012 году по сравнению с 2011 годом поступление средств обязательного медицинского страхования в территориальные фонды обязательного медицинского страхования на реализацию территориальных программ обязательного медицинского страхования увеличилось на 72 163,8 млн рублей, или на 10,3%.

Согласно изменениям в законодательстве Российской Федерации, предусматривающим, что начиная с 2012 года Федеральный фонд аккумулирует средства обязательного медицинского страхования в своем бюджете, основным источником финансового обеспечения выполнения территориальных программ обязательного медицинского страхования в 2012 году являются субвенции, предоставляемые из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, доля которых составляет 82,6%, или 640 562,4 млн рублей.

Кроме того, источниками финансового обеспечения выполнения территориальных программ обязательного медицинского страхования в 2012 году явились платежи субъектов Российской Федерации, передаваемые территориальным фондам обязательного медицинского страхования на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования, на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, и прочие поступления.

В структуре субвенций наибольший удельный вес – 46,6% (298,7 млрд рублей) занимают страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения. Доля страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающих граждан – 34,8% (223,0 млрд рублей), доля средств на выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования (дотации, предусмотренные в бюджете Федерального фонда для соответствующего субъекта Российской Федерации на 2011 год, и средства нормированного страхового запаса (НСЗ) Федерального фонда) – 18,6% (118,9 млрд рублей) (рис. 2).

С вступлением в силу с 1 января 2012 года Федерального закона от 30 ноября 2011 года №354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» возрос объем поступления страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения. В 2012 году это было 298,7 млрд рублей, что на 8% больше, чем в 2011 году. Значительное увеличение поступлений страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения по отношению к 2011 году обеспечено в Республике Калмыкия – в 1,4 раза, Республике Татарстан – в 1,4 раза, Республике Дагестан – в 1,7 раза, Забайкальском крае – в 2 раза, Воронежской области – в 1,4 раза, Ульяновской области – в 1,5 раза, Орловской области – в 1,6 раза, Амурской области – в 1,8 раза, Омской области – в 1,9 раза, Сахалинской области – в 8,8 раза, Ямало-Ненецком автономном округе – в 4,1 раза, г. Байконуре – в 1,4 раза.

В среднем по Российской Федерации в 2012 году финансовое обеспечение 1 застрахованного жителя за счет средств обязательного медицинского страхования составило 4537,4 рубля,



что на 300,8 рубля (7,1%) больше, чем в 2011 году (4236,6 рубля). При этом на 1 работающего застрахованного по обязательному медицинскому страхованию поступило субвенций Федерального фонда обязательного медицинского страхования в части страховых взносов на ОМС работающего населения с учетом субвенций в размере дотаций, предусмотренных на 2011 год, налоговых платежей и средств нормированного страхового запаса – 6269,1 рубля, что на 700,6 рубля (12,6%) больше, чем в предыдущем году, на 1 неработающего – 3446,6 рубля, рост составил 133,2 рубля, или 4,0%.

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

Утвержденный показатель объема амбулаторной медицинской помощи составил в целом по Российской Федерации 9,117 посещения в расчете на 1 застрахованного в год, или 101,7% к нормативу, установленному программой ОМС. Фактический показатель сложился на уровне 8,566 (95,6% к установленному программой нормативу и 94,0% к утвержденному значению показателя).

Утвержденные показатели объема амбулаторной медицинской помощи не выполнены в 71 субъекте Российской Федерации, среди которых наименьшее исполнение отмечается в Магаданской области (69,7% от утвержденного объема) и в Псковской области (68,8%).

Утвержденный показатель объема стационарной медицинской помощи в целом по Российской Федерации – 2,005 койко-дня в расчете на 1 застрахованного в год, или 105,8% к показателю, установленному программой ОМС. Фактический показатель сложился на уровне 1,997 койко-дня (105,5% к установленному и 99,6% к утвержденному значению показателя).

При общем сокращении объемов стационарной помощи в среднем по Российской Федерации в 42 субъектах Российской Федерации фактические показатели превысили утвержденные, в том числе в Забайкальском крае (на 37,5%) и Сахалинской области (на 35,8%). Средняя длительность пребывания 1 больного в стационаре в сравнении с 2011 годом также сократилась на 0,8% – до 10,35 дня.

Утвержденный показатель объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров, составил в целом по Российской Федерации 0,519 пациенто-дня в расчете на 1 застрахованного в год, что превышает рекомендованный норматив на 5,9%, фактический показатель сложился на уровне 0,468 (95,6% к установленному и 90,2% к утвержденному значению показателя).

Фактические показатели объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров, превысили утвержденные в 25 регионах.

В целом расходы на амбулаторную медицинскую помощь составили 263 113,73 млн рублей, что выше показателя 2011 года на 12,6%. Средняя стоимость случая лечения в амбулаторно-поликлинических условиях – 532,23 рубля, что выше уровня 2011 года на 9,6%.

Средняя стоимость 1 посещения (без учета влияния районного коэффициента) – 188,2 рубля (111,0% от рекомендованного норматива), что выше показателя 2011 года на 8,2%. Фактическая стоимость 1 посещения соответствовала рекомендованному нормативу или превышала его в 44 субъектах Российской Федерации.

Расходы на стационарную медицинскую помощь сложились на уровне 407 200,94 млн рублей, что выше показателя 2011 года на 12,3%. Средняя стоимость 1 случая лечения в стационаре – 14 936,1 рубля, что превышает уровень 2011 года на 12,6%.

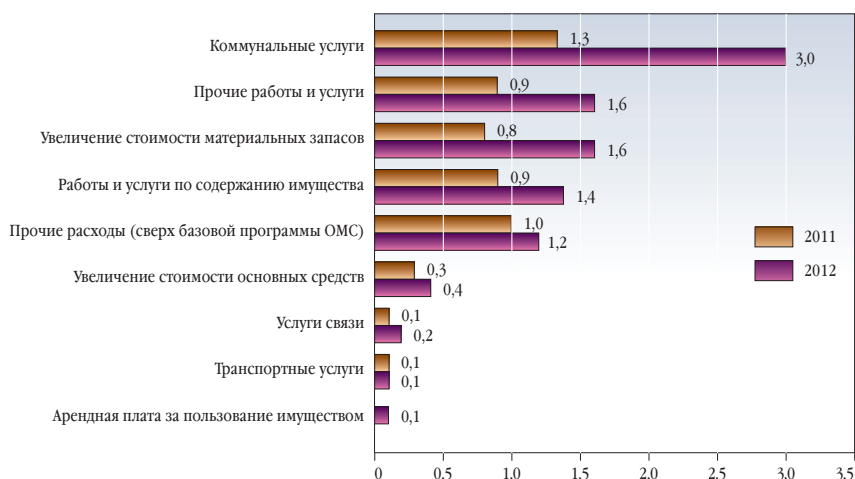
Средняя стоимость 1 койко-дня (без учета влияния районного коэффициента) составила 1249,3 рубля (107% от установленного норматива), что выше показателя 2011 года на 13,5%. Фактическая стоимость 1 койко-дня (без учета районных коэффициентов) достигла установленного программой ОМС норматива стоимости 1 койко-дня или превысила его в 44 субъектах Российской Федерации.

Расходы на медицинскую помощь, оказанную в условиях дневных стационаров, составили 26 913,0 млн рублей, что выше показателя 2011 года на 19,4%. Средняя стоимость лечения 1 больного сложилась на уровне 4153,2 рубля.

Средняя стоимость 1 пациенто-дня (без учета влияния районного коэффициента) составила 352,2 рубля (74,8% от рекомендованного норматива), что выше показателя 2011 года на 18,3%. Фактическая стоимость 1 пациенто-дня превысила утвержденную в 4 субъектах Российской Федерации.



3



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

Переход на одноканальное финансирование здравоохранения через систему ОМС

В 2012 году поэтапный переход на одноканальное финансирование здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования осуществлялся в 68 субъектах Российской Федерации. На финансовое обеспечение медицинской помощи сверх базовой программы обязательного медицинского страхования выделено 71,47 млрд рублей, или 12,3% совокупной стоимости территориальных программ обязательного медицинского страхования.

Мероприятия по поэтапному переходу на одноканальное финансирование здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования в 2012 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.

При расширении тарифа наибольшую долю в структуре расходов медицинских организаций по территориальной программе обязательного медицинского страхования составили затраты на коммунальные услуги – 3,0%; прочие работы и услуги (установка и монтаж локальных вычислительных сетей, систем охранной и пожарной сигнализации и др.) – 1,6%; увеличение стоимости материальных запасов – 1,6%; горюче-смазочные материалы – 0,4%; прочие материальные запасы – 1,2%; прочие расходы (сверх базовой программы ОМС) – 1,2% (рис. 3).

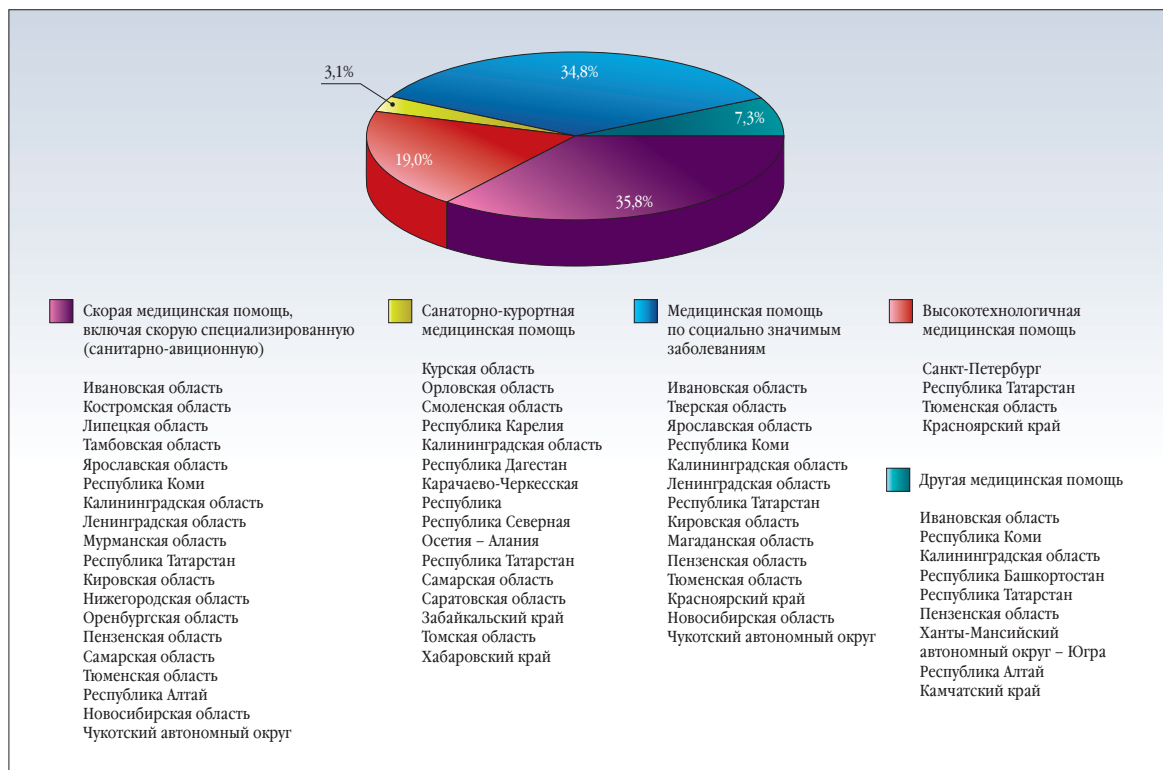
В 2012 году в 37 субъектах Российской Федерации в территориальные программы обязательного медицинского страхования были включены виды помощи, не входящие в базовую программу обязательного медицинского страхования: скорая медицинская помощь, психиатрия, наркология, фтизиатрия, венерология, профпатология, койки сестринского ухода и т.д. (рис. 4).

В 2012 году 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 по внедрению эффективных способов оплаты медицинской помощи, таких как подушевое финансирование медицинской помощи, оказываемой амбулаторными медицинскими учреждениями, оплата стационарной медицинской помощи по законченному случаю лечения.

В 2012 году в 28 регионах медицинская помощь, оказываемая в амбулаторно-поликлинических учреждениях, оплачивалась по подушевому нормативу. Расходы на оплату медицинской по-



4



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

мощи данным способом в отчетном периоде составили 11,3% совокупного объема финансирования медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в амбулаторных условиях.

В 68 регионах медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями в условиях стационара круглосуточного пребывания, оплачивалась по законченному случаю лечения. При этом в 9 субъектах Российской Федерации (Вологодская, Воронежская, Кировская, Костромская, Курганская, Орловская, Челябинская и Ярославская области, г. Санкт-Петербург) расчет размера тарифа на оплату стационарной медицинской помощи по законченному случаю лечения осуществлялся по клинико-статистическим группам. Размер средств, направленных на оплату медицинской помощи данным способом, в отчетном периоде составил 73,2% от общего объема на медицинскую помощь, предоставляемую медицинскими организациями в условиях стационара.

Высокотехнологичная медицинская помощь оплачивалась по законченному случаю лечения во всех субъектах Российской Федерации, включивших данный вид помощи в территориальную программу обязательного медицинского страхования (Республика Татарстан, Красноярский край, Тюменская область, г. Санкт-Петербург).

Медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями в условиях дневных стационаров, оплачивалась по законченному случаю лечения в 47 субъектах Российской Федерации. Расходы на оплату медицинской помощи данным способом в отчетном периоде достигли 56,1% совокупного объема финансирования медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров.

Организация защиты прав и законных интересов застрахованных

В соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в 2012 году Федеральный фонд обяза-



тельного медицинского страхования, территориальные фонды обязательного медицинского страхования и страховые медицинские организации осуществляли деятельность:

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

В течение 2012 года в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования поступило 815 письменных обращений граждан, из которых 697 (85,5%) признаны обоснованными. Наибольшую долю (43%) составляют обращения по вопросам обеспечения полисами обязательного медицинского страхования.

В 2012 году начался прием обращений граждан через Единый портал государственных и муниципальных услуг. Федеральным фондом обязательного медицинского страхования рассмотрено 229 обращений граждан, поступивших через единый портал, то есть 28% от общего числа рассмотренных обращений.

В отчетном году количество жалоб снизилось до 44,3 тыс. (в 2011 году – 46,9 тыс., в 2010 году – 51,8 тыс., в 2009 году – 70,3 тыс.), что составляет 0,1% от всех поступивших за отчетный период обращений, 56% которых признаны обоснованными.

Основными причинами жалоб застрахованных лиц, как и в предыдущие годы, явились взимание денежных средств за медицинскую помощь, предусмотренную программами 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 76 субъектах Российской Федерации (в 2011 году – в 69) и осуществляет деятельность по защите прав застрахованных лиц в 2942 медицинских организациях.

Страховые медицинские организации и медицинские организации

В 2012 году деятельность по обязательному медицинскому страхованию осуществляли 70 страховых медицинских организаций и 216 их филиалов в 83 субъектах Российской Федерации и в г. Байконуре, которыми застраховано 99,4% населения Российской Федерации.

В 2012 году сохранилась тенденция к сокращению количества страховых медицинских организаций и их филиалов, что связано в основном с установленным законодательством Российской Федерации требованием об увеличении минимального размера уставного капитала с 1 января 2012 года, а также продолжающимся процессом концентрации на страховом рынке.

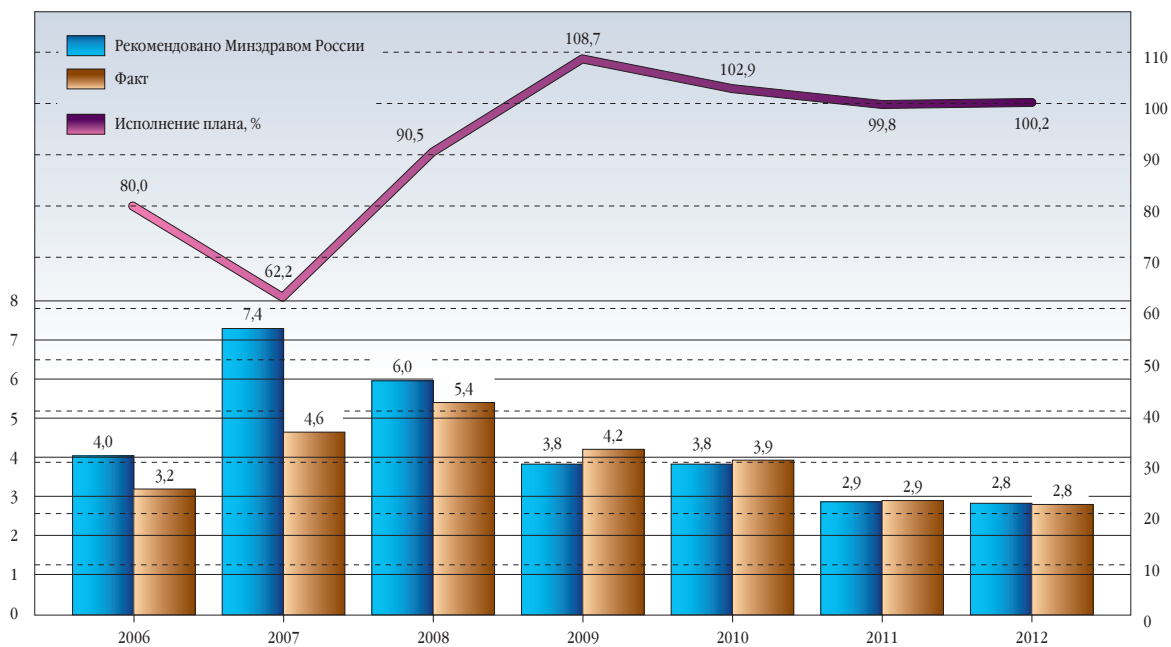
В 2012 году более 109 млн человек (76,2% от общего числа застрахованных) были застрахованы в 12 страховых медицинских организациях.

Наиболее крупными страховыми медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования являлись ЗАО «Макс-М», группа компаний «Росгосстрах», ОАО «Росно-МС». Численность застрахованных лиц в указанных 12 страховых медицинских организациях составляет от 3,1 до 20,6 млн человек.

В 2012 году в сфере обязательного медицинского страхования участвовали 8059 медицинских организаций (на 99 меньше, чем в 2011 году), в том числе 390 ведомственных медицинских организаций: подведомственных ФМБА России – 125 (1,6%), Минздраву России – 99 (1,2%), МВД России – 83 (1,0%), Минобороны России – 54 (0,7%), РАМН – 29 (0,4%) – и др.



5



ЧИСЛЕННОСТЬ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН, ПРОШЕДШИХ ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ В 2006–2012 ГОДАХ, МЛН ЧЕЛОВЕК

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

В 2012 году продолжилась реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» и мероприятий по улучшению демографической ситуации.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН

В целом с 2006 по 2012 год дополнительная диспансеризация проведена в отношении более 27,0 млн человек. В 2012 году дополнительную диспансеризацию прошли 2 826 469 человек (рис. 5), или 100,2% от численности, рекомендованной Минздравсоцразвития России (письмо от 17 февраля 2012 года №14-3/10/1-885).

Утвержденный план по численности лиц, подлежащих дополнительной диспансеризации, 65 регионов выполнили на 100% и более, в том числе Чеченская Республика (106,9%), Тульская (106,2%), Костромская (104,1%), Вологодская (103,7%) области, Республика Марий Эл (103,3%) и др.

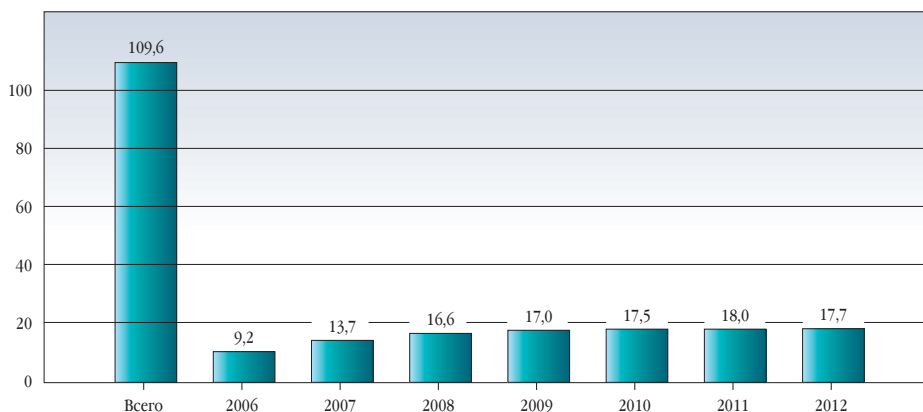
Расходы Федерального фонда обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан в 2012 году исполнены в объеме 4 018 566,4 тыс. рублей, или 98,9% к уточненной росписи.

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. За период проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (далее – диспансеризация детей-сирот) из бюджета Федерального фонда было направлено около 4,1 млрд рублей. В 2012 году диспансеризацию детей-сирот прошли 309 728 человек.



6



ОБЪЕМЫ ФИНАНСОВЫХ СРЕДСТВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ОПЛАТУ РОДОВЫХ СЕРТИФИКАТОВ
В ПЕРИОД 2006–2012 ГОДОВ, МЛРД РУБЛЕЙ

В 61 регионе план выполнен на 100% и более (Чукотский автономный округ – 115,8%, г. Москва – 103,7%, Алтайский край – 101,8%, Калининградская область – 100,7% и Ленинградская область – 100,4%).

Не достигли целевых значений Камчатский край (89,1%), Челябинская (90,3%) и Тверская (91,7%) области.

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

В 2012 году на оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни в бюджет Фонда социального страхования Российской Федерации было направлено 17 639 490,2 тыс. рублей (рис. 6).

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 2012 году функционировало 713 центров здоровья для взрослых и детей, что на 2,3% больше в сравнении с уровнем 2011 года (697 центров). В отчетном периоде в целом по Российской Федерации зарегистрировано 4,56 млн посещений центров здоровья, что на 13,4% превышает уровень 2011 года (4,02 млн). При этом доля первичных обращений для проведения комплексного обследования составила 76,5%.

В 2012 году размер средств обязательного медицинского страхования, направленных на оплату медицинской помощи, оказанной в центрах здоровья, в целом по Российской Федерации увеличился по сравнению с 2011 годом на 34,7% и составил 2328,2 млн рублей, в том числе 2109,7 млн рублей (90,6%) на оплату первичных обращений, 218,5 млн рублей (9,4%) на оплату динамического наблюдения (табл. 1).



Таблица 1

**ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ ГРАЖДАНАМ
В ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ, В 2009–2012 ГОДАХ, МЛН РУБЛЕЙ**

Показатель	2009	2010	2011	2012	Всего
Направлено средств ОМС на оплату медицинской помощи – всего	6,0	800,9	1728,7	2328,2	4863,8
<i>в том числе</i>					
на оплату законченных случаев первичных обращений комплексного обследования	5,3 (88,3)	761,1 (95,0)	1598,1 (92,4)	2109,7 (90,6)	4474,2 (92,0)
на оплату посещений динамического наблюдения	0,7 (11,7)	39,8 (5,0)	130,6 (7,6)	218,5 (9,4)	389,6 (8,0)

Примечание: в скобках – доля в общем объеме выделенных средств ОМС на соответствующий год, %.

В 2012 году в среднем по Российской Федерации фактическая стоимость одного законченного случая комплексного обследования составила 609,6 рубля без учета влияния районного коэффициента, а фактическая стоимость одного посещения динамического наблюдения – 204,3 рубля без учета влияния районного коэффициента.

**Реализация региональных программ модернизации
здравоохранения субъектов Российской Федерации
в 2010–2012 годах**

В соответствии со статьей 50 Федерального закона от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в целях повышения качества и доступности медицинской помощи с 2011 года в субъектах Российской Федерации началась реализация мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения на 2011–2012 годы (далее – программы модернизации здравоохранения) и мероприятий по модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь.

Финансовое обеспечение программ модернизации здравоохранения на 2011–2012 годы предусмотрено на реализацию следующих целей, установленных Федеральным законом от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»:

- укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения, в том числе обеспечение завершения строительства ранее начатых объектов, текущего и капитального ремонта, приобретения медицинского оборудования;
- 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;
- внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами.

За два года в рамках программ модернизации здравоохранения обеспечено завершение строительства 71 учреждения здравоохранения; ремонтные работы в полном объеме завершены почти в 3 тыс. учреждений здравоохранения; закуплено и поставлено в медицинские учреждения



более 310 тыс. единиц оборудования, включая оборудование для оснащения бортовой аппаратурой ГЛОНАСС – более 22 тыс. единиц, более 100 единиц ангиографического оборудования, более 500 магнитно-резонансных и компьютерных томографов, более 5 тыс. единиц рентгеновского оборудования, более 7 тыс. единиц эндоскопического оборудования, более 5 тыс. УЗИ-аппаратов, более 1,3 тыс. единиц санитарного транспорта. В рамках реализации программ модернизации здравоохранения обеспечено функционирование 187 мобильных комплексов для проведения диспансеризации населения, проживающего в отдаленных и труднодоступных районах; организованы межмуниципальные центры по приоритетным профилям заболеваний: кардиологическому, онкологическому, травматологическому, а также межрайонные акушерские диагностические центры.

В рамках мероприятий по информатизации медицинских учреждений закуплено более 279 тыс. единиц компьютерной техники, что позволило организовать запись к врачу в электронном виде почти в 4 тыс. учреждений здравоохранения.

Стандарты медицинской помощи внедрены в 3,5 тыс. учреждений здравоохранения (99,6% от планового показателя – 3,6 тыс. учреждений здравоохранения).

В 2012 году денежные выплаты стимулирующего характера в рамках мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи получили 169,0 тыс. врачей-специалистов (при запланированных 168,8 тыс. человек) и 277,0 тыс. человек среднего медицинского персонала (запланировано – 273,5 тыс. человек) во всех субъектах Российской Федерации.

За два года в рамках программ модернизации здравоохранения завершено строительство 33 детских учреждений здравоохранения, ремонтные работы в полном объеме завершены в 1048 учреждениях, закуплено и поставлено в медицинские учреждения более 91 тыс. единиц оборудования для оказания медицинской помощи детям.

В 2012 году в рамках реализации мероприятий по модернизации государственных учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь, приобретено: 20 421 единица медицинского оборудования (99,9% от планового показателя – 20 448 единиц), 17 957 единиц компьютерной техники (104,3% от планового показателя – 17 220 единиц). Организовано 22 246 портов локальных вычислительных сетей (94,4% от планового показателя – 23 570 портов).

Контроль за соблюдением законодательства в сфере ОМС и использованием средств

В 2012 году Федеральным фондом обязательного медицинского страхования проведены проверки в 83 субъектах Российской Федерации по вопросам, касающимся:

- реализации мероприятий региональной программы модернизации здравоохранения в субъектах Российской Федерации;
- соблюдения законодательства об обязательном медицинском страховании и установленного порядка использования средств бюджетов территориальных фондов ОМС в 2011–2012 годах;
- реализации финансового обеспечения единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в возрасте до 35 лет;
- полноты устранения нарушений и недостатков, выявленных в ходе проведенных ФОМС в 2010 и 2011 годах соответствующих ревизий и проверок;
- обоснованности обращений и жалоб граждан о нарушениях законодательства об ОМС.

Подготовка специалистов

В 2012 году подготовку специалистов системы обязательного медицинского страхования осуществляли 13 образовательных учреждений. Организовано 55 учебных мероприятий, в которых



приняли участие более 1,4 тыс. работников территориальных фондов обязательного медицинского страхования, медицинских организаций, страховых медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования, представителей профессорско-преподавательского состава профильных кафедр медицинских вузов.

Информационное обеспечение и защита информации

Информатизация в сфере обязательного медицинского страхования в 2012 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;
- обеспечение информационной безопасности и защиты информации.