

ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ

*И.М. Степанов, К.И. Головщинский*

**РАЗРАБОТКА МОДЕЛЕЙ ОЦЕНКИ  
ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО  
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Препринт WP8/2011/03  
Серия WP8  
Государственное  
и муниципальное управление

Москва  
2011

УДК 364.3:303  
ББК 65.272в6  
С79

Редакторы серии WP8  
«Государственное и муниципальное управление»  
*А.В. Клименко, А.Г. Барабашев*

С79

**Степанов, И. М.** Разработка моделей оценки эффективности системы обязательного медицинского страхования\* : препринт WP8/2011/03 [Текст] / И. М. Степанов, К. И. Головщинский ; Высшая школа экономики. – М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2011. – 60 с. – 150 экз.

В работе предлагается подход к оценке эффективности деятельности системы ОМС на региональном уровне. Необходимость создания такой системы продиктована тем, что в настоящее время не существует ни одной системы оценки, которая непосредственно затрагивала бы деятельность территориальных фондов обязательного медицинского страхования, а также функционирование системы ОМС в целом как ключевых инструментов предоставления услуг здравоохранения в Российской Федерации.

УДК 364.3:303  
ББК 65.272в6

**\*Материал подготовлен по результатам работ, полученным в ходе исполнения  
Государственного контракта № 75-26-3-2009 от 03.03.2009,  
по заказу Федерального фонда обязательного медицинского страхования**

**Препринты Национального исследовательского университета  
«Высшая школа экономики» размещаются по адресу: <http://www.hse.ru/org/hse/wp>**

© Степанов И. М., 2011  
© Головщинский К. И., 2011  
© Оформление. Издательский дом  
Высшей школы экономики, 2011

# Содержание

Введение .....	4
1. Рекомендуемые модели оценки эффективности деятельности системы ОМС и их обоснование .....	7
2. Разработка подходов и требований к информационно-аналитическому обеспечению мониторинга деятельности ТФОМС .....	19
3. Набор индикаторов эффективности деятельности системы ОМС .....	23
4. Методические рекомендации по работе с моделями оценки эффективности деятельности системы ОМС .....	26
Заключение .....	57

## Введение

Вопрос оценки эффективности деятельности системы ОМС приобретает особую актуальность для совершенствования методов рационального и эффективного финансового взаимодействия субъектов и участников системы ОМС.

Организация системы ОМС в России характеризуется ярко выраженной региональной дифференциацией. Без преувеличения можно утверждать, что в каждом субъекте Федерации (регионе) существует своя, особенная модель системы обязательного медицинского страхования.

Однако информация о региональных различиях в системах ОМС, а также о степени их сравнительной эффективности подчас носит ограниченный, эпизодический и несистематизированный характер. Ведомственная статистика собирает лишь данные о размерах финансирования здравоохранения из бюджетов и средств обязательного медицинского страхования (ОМС) в регионах и о структуре страховщиков (количестве страховых медицинских организаций и филиалов территориальных фондов ОМС).

Отсутствует комплексная система сравнительной оценки деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Не собираются и не анализируются данные об особенностях организации финансирования здравоохранения из средств региональных и местных бюджетов и средств ОМС, о видах используемых медико-экономических стандартов и финансовых нормативов, об особенностях регулирования предоставления платных медицинских услуг и лекарственного обеспечения и т.д. Ограничена информация о применяемых в регионах механизмах горизонтальной и вертикальной координации действий субъектов управления и финансирования здравоохранения.

Реализация пилотного проекта модернизации здравоохранения в Российской Федерации, вступление в силу нового закона об общих принципах организации местного самоуправления придадут особую значимость сбору и систематизации информации:

- о различиях существующих региональных систем обязательного медицинского страхования;
- степени сравнительной эффективности сложившихся систем обязательного медицинского страхования;

- степени сравнительной эффективности деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Таким образом, необходимо создать полноценный институт мониторинга системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации, позволяющий вести регулярный сбор, анализ информации о состоянии систем обязательного медицинского страхования и оценку их эффективности.

Проведение мониторинга системы обязательного медицинского страхования объединяет комплекс работ организационного и методологического характера, подготовку и проведение серии специальных обследований, аналитических исследований, апробацию результатов, их презентацию и распространение.

В рамках выполнения работ по первому этапу научно-исследовательской работы были решены следующие задачи:

- определена методология оценки развития системы обязательного медицинского страхования;
- проведены сравнительные исследования степени развития системы обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации;
- изучена деятельность ТФОМС в системе ОМС;
- определены общие принципы разработки моделей оценки эффективности деятельности системы ОМС.

*Результатами первого этапа работ явились:*

- общие принципы разработки моделей оценки эффективности деятельности системы ОМС;
- рекомендуемые модели оценки эффективности деятельности системы ОМС и их обоснование;
- разработка подходов и требований к информационно-аналитическому обеспечению мониторинга деятельности ТФОМС.

В рамках второго этапа исследования решаются следующие задачи:

- 1) разработка перечня показателей оценки эффективности системы ОМС;
- 2) разработка методики оценки эффективности функционирования систем ОМС субъектов РФ;
- 3) апробация методики на примере установленного перечня субъектов РФ, включая формирование рейтинга систем ОМС субъектов РФ;
- 4) формирование заключительных выводов и рекомендаций по практическому применению результатов НИР Федеральным фондом ОМС.

Анализ международного и отечественного опыта показывает, что в настоящее время накоплен существенный опыт создания и использования моделей оценки эффективности в системе здравоохранения. Можно предложить следующую классификацию моделей оценки в системе здравоохранения.

По предмету оценки модели делятся:

- на системы оценки органов управления здравоохранением;
- системы оценки медицинских учреждений;
- системы оценки состояния здравоохранения в целом.

По статусу применения модели оценки делятся:

- а) на научные разработки, предлагаемые к применению;
- б) применяемые на практике управленческие технологии.

По территориальному объекту использования модели оценки делятся:

- а) на модели оценки эффективности деятельности на страновом уровне;
- б) модели оценки эффективности деятельности на региональном уровне;
- в) модели оценки эффективности деятельности на муниципальном уровне.

Система здравоохранения в целях оценки может быть разделена по разным основаниям — географическим зонам, программам, типам учреждений, целевым группам.

Целями моделей оценки эффективности систем здравоохранения могут являться:

- выработка стратегических решений по развитию системы здравоохранения;
- принятие решений по стимулированию лучших;
- коррекция операционной деятельности органов управления здравоохранением, фондов, лечебно-профилактических учреждений;
- систематическая оценка эффективности деятельности органов управления здравоохранением, фондов, лечебно-профилактических учреждений.

В то же время мы не обнаружили ни одной системы оценки, которая непосредственно затрагивала бы деятельность территориальных фондов обязательного медицинского страхования, а также функционирование системы ОМС.

## **1. Рекомендуемые модели оценки эффективности деятельности системы ОМС и их обоснование**

На основе проведенного анализа международного и отечественного опыта оценки систем здравоохранения и медицинского страхования может быть рекомендована модель оценки эффективности деятельности системы ОМС, включающая:

- 1) общие принципы разработки показателей оценки эффективности функционирования системы ОМС;
- 2) направления оценки эффективности деятельности системы ОМС.

### **Общие принципы разработки показателей оценки эффективности функционирования системы ОМС**

Принципы разработки показателей, позволяющих обеспечить сравнительную оценку деятельности систем обязательного медицинского страхования.

Показатели оценки деятельности систем обязательного медицинского страхования должны соответствовать следующим требованиям:

- адекватно отражать оцениваемый результат и давать возможность однозначной интерпретации (показатель должен характеризовать деятельность органа власти в рамках основной цели его деятельности);

- обозначать целевую группу (бенефициара);
- отражать параметры оцениваемого состояния целевой группы;
- давать количественные характеристики динамики параметра;
- устанавливать временной период оцениваемого состояния.

Кроме того, при выборе показателей необходимо обеспечить:

- их достижимость (целевое значение может быть достигнуто с использованием имеющихся ресурсов);
- их доступность (наличие в статистической отчетности, возможность организации мониторинга, получение экспертных оценок);
- сопоставимость (возможность сравнения накопленных рядов данных, а также межведомственных, межрегиональных и международных сопоставлений);

- оперативность (возможность своевременного получения контрольных и отчетных данных);
- экономичность (получение данных с минимальными затратами без потери качества и объективности);
- независимость (значения показателей в отчетности не должны генерироваться теми организациями, которые ответственны за их исполнение).

При определении показателей результатов деятельности за основу должны браться как направления деятельности системы ОМС, так и установленные за территориальными фондами обязательного медицинского страхования функции, уточненные и агрегированные по отдельным направлениям. Целесообразно участие в этих процессах определения показателей внешних экспертов, представителей целевых групп, поскольку это позволяет обеспечить объективность и ориентацию на клиентов.

При разработке показателей (показателя) на основе утвержденной функции целесообразно содержательно проанализировать функцию с точки зрения ее наполнения конкретными видами деятельности. В ходе анализа функции выясняется:

- какую конкретно деятельность (деловой процесс) подразумевает функция;
- содержится ли в формулировке функции конкретное указание на результат (продукт, услугу) ее выполнения;
- имеются ли указания на внешнего пользователя результатом функции, а также требования пользователя к этому результату.

Если данные сведения получить не удастся, данная функция не может быть использована для определения показателя (показателей) результатов.

Построение показателей исходя из многочисленных функций территориальных фондов обязательного медицинского страхования может привести к формированию довольно большого списка показателей. В этом случае необходимой итерацией являются обсуждение всего списка показателей, определение их приоритетности, возможностей агрегирования, связи с основными целями территориальных фондов обязательного медицинского страхования, отсева промежуточных и малозначимых показателей. В результате обсуждения должен быть сформирован согласованный с основными целями деятельности укороченный список показателей.



Показатели результатов могут разрабатываться на основе содержательной интерпретации основной цели (целей) территориальных фондов обязательного медицинского страхования и направлений их деятельности. Такой подход предусматривает анализ основных деловых процессов территориальных фондов обязательного медицинского страхования. Главная задача при этом — обосновать всю цепочку, приводящую к конечному, общественно значимому эффекту. Определение конечного эффекта и обоснование направления деятельности являются единой процедурой, требующей детальных обоснований.

При определении показателей необходимо в первую очередь использовать существующую нормативную базу и установленные стандарты. Это позволяет увязать утвержденные законодательные и нормативные требования к деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования с индикаторами их соблюдения.

Показатели результатов могут быть разделены на **обязательные** и **индикативные**. Обязательные показатели должны строго соблюдаться и контролироваться и в перспективе стать основой при формировании бюджета территориальных фондов обязательного медицинского страхования, премиальных выплат.

Индикативные показатели используются для оценки работы территориальных фондов обязательного медицинского страхования в целом, при формировании стратегических планов его деятельности, проведении аудита эффективности, определении целесообразности расширения (сокращения) деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования. Индикативные показатели являются характеристиками достижения желаемого состояния, ожидаемой динамики, приемлемого диапазона значений параметров целевой группы или подведомственной сферы.

Целесообразно подразделять результирующие показатели на показатели основной (постоянной, текущей) деятельности и показатели выполнения отдельных заданий (программ).

Показатели основной деятельности связаны с постоянными, установившимися деловыми процессами территориальных фондов обязательного медицинского страхования. Их исполнение является основой деятельности территориальных фондов.

Показатели выполнения отдельных заданий должны определяться при установлении для территориальных фондов обязательного медицинского страхования поручений вышестоящего органа, специ-

альных программ, при участии фондов в национальных проектах, иных видах активности, которая носит крайне значимый, но временный характер.

Для формирования информационной базы показателей результативности прежде всего должны быть использованы имеющаяся статистическая отчетность, утвержденные нормы, нормативы и стандарты услуг.

Ряд показателей может быть рассчитан на основе агрегирования нескольких имеющихся статистических показателей, построения комплексных индексов. Однако при этом целесообразно избегать сложных формул и субъективного нормирования, поскольку это снижает объективность и достоверность итогового показателя.

### **Обоснование направлений оценки деятельности систем обязательного медицинского страхования субъектов РФ**

На основе проведенного анализа международного и отечественного опыта оценки систем здравоохранения, в том числе систем медицинского страхования, а также с учетом функций, установленных для территориальных фондов обязательного медицинского страхования, постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 24 февраля 1993 г. № 4543-1 «О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 год» (в ред. Федерального закона от 5 августа 2000 г. № 118-ФЗ (ред. 24 марта 2001 г.)) рекомендуются следующие направления оценки систем обязательного медицинского страхования субъектов РФ:

1. Оплата медицинской помощи в системе ОМС.
2. Защита прав застрахованных в системе ОМС.
3. Организация предоставления медицинской помощи застрахованным.
4. Переход на одноканальное финансирование системы здравоохранения за счет средств ОМС.
5. Управление средствами ОМС.

Ниже приведено обоснование выбора именно этих направлений оценки систем ОМС.

## Оплата медицинской помощи в системе ОМС

Выбор способа оплаты медицинской помощи существенно определяет стимулы медицинских организаций, работающих в системе ОМС, и в конечном итоге — эффективность использования финансовых ресурсов в системе ОМС.

Существует большое число методов оплаты медицинской помощи. Их можно классифицировать на основе двух главных характеристик:

1) доминирующего принципа возмещения расходов медицинских организаций;

2) единицы учета объемов медицинской помощи.

Существует два принципа возмещения расходов медицинской организации:

1) принцип *ретроспективной* оплаты — за фактические объемы оказанной медицинской помощи.

2) принцип *предварительной* оплаты. Этот принцип предусматривает планирование объемов медицинской помощи медицинской организацией и последующее согласование планов с планами страховщика.

Каждый из методов оплаты медицинской помощи имеет свои достоинства и недостатки. Выбор способа оплаты зависит от тех целей, которые определены в текущей ситуации в системе ОМС.

В настоящее время системы ОМС субъектов РФ характеризуются разбалансированностью с точки зрения потребности населения в медицинской помощи, существующих технологий лечения и устанавливаемых объемов медицинской помощи. В результате это выражается в превышении объемов (над установленными федеральными нормативами) наиболее дорогостоящих видов медицинской помощи, таких как скорая и стационарная медицинская помощь. При этом зачастую данную ситуацию обуславливает не только выбор способа оплаты указанных видов помощи, но, прежде всего, использование метода оплаты амбулаторно-поликлинической помощи — за посещение. Оплата за посещение без определения дополнительных условий возмещения затрат амбулаторно-поликлиническому звену (например, с учетом внедрения системы оценки данных учреждений по модели конечных результатов) приводит к низкой заинтересованности врачей первичного звена в повышении эффективности мер

профилактики, а также к неконтролируемому направлению в стационарные учреждения здравоохранения.

Исходя из вышесказанного в рамках оценки деятельности систем ОМС по данному направлению (оплата медицинской помощи) необходимо задать такие критерии оценки, которые позволят верифицировать системы ОМС, в которых выбранный способ оплаты медицинской помощи направлен на решение следующих задач:

- 1) повышение профилактической направленности здравоохранения;
- 2) сдерживание объемов стационарной медицинской помощи;
- 3) обеспечение ориентированности на пациента;
- 4) обеспечение экономических стимулов, направленных на повышение доступности и качества амбулаторно-поликлинической помощи, для соответствующих медицинских организаций.

В качестве одного из критериев может быть использован такой, как внедрение системы фондодержания при оплате амбулаторно-поликлинического звена.

Система фондодержания — это метод подушевой оплаты амбулаторно-поликлинического звена за каждого прикрепившегося пациента, при котором в нормативе его финансирования предусматривается оплата не только собственной деятельности, но и услуг других медицинских организаций (поликлиник, диагностических центров, стационаров, скорой помощи и проч.). Это предварительный метод оплаты. Учетная единица — комплексная медицинская или комплексная амбулаторная услуга.

Цель введения системы фондодержания — повысить ответственность работников амбулаторно-поликлинических учреждений (далее — поликлиник) за состояние здоровья прикрепившегося населения, обеспечить их мотивацию к улучшению качества первичной медико-санитарной помощи, преодолению структурных диспропорций в здравоохранении.

**Конкретные задачи введения системы фондодержания:**

*Стимулирование расширения объема деятельности поликлиники.* Система фондодержания должна ориентировать врачей поликлиники на предоставление услуг, которые в настоящее время оказываются в других учреждениях, прежде всего в стационарах. На этой основе можно будет сократить объем необоснованных госпитализаций, вызовов скорой медицинской помощи и проч.

*Стимулирование координирующей деятельности врачей первичного звена (участковых врачей и врачей общей практики).* Эти врачи призваны организовывать оказание медицинской помощи прикрепившемуся населению на других этапах. Они определяют наиболее эффективные (в клиническом и экономическом смысле) «маршруты» движения своих пациентов, участвуют в планировании оказания медицинской помощи на других этапах, обеспечивают преемственность в лечении и реабилитации больных. Система фондодержания должна предусматривать зависимость размера вознаграждения врачей первичного звена от их способности обеспечивать эффективное взаимодействие с другими звеньями оказания медицинской помощи.

*Сдерживание затратного механизма оказания медицинской помощи.* При всей важности создания стимулов к расширению объема работ первичного звена нельзя допустить прямой связи между его материальным вознаграждением и количеством заболевших пациентов, а также числом обращений и детальными услугами. В этом случае возникают сильные стимулы к механическому наращиванию объема услуг, снижаются заинтересованность в профилактических мероприятиях и общая ответственность врачей за состояние здоровья населения, утрачивается их координирующая функция.

*Стимулирование профилактической направленности деятельности первичного звена.* Система фондодержания призвана обеспечить зависимость размера вознаграждения от результатов профилактической деятельности врача — снижения уровня заболеваемости прикрепившегося населения и потребности в стационарной и скорой помощи. Оплата фактических объемов амбулаторных услуг (чем больше больных, тем лучше для врача) уступает место поощрению деятельности, снижающей потребность в медицинской помощи (чем больше здоровых, тем лучше для врача).

## **Защита прав застрахованных в системе ОМС**

Выбор данного направления оценки обусловлен необходимостью оценки усилий системы ОМС в части ориентации на пациента. В настоящее время права граждан в части получения медицинской помощи декларированы законодательством, однако уровень развития институтов по защите прав граждан существенно варьируется в разрезе субъектов РФ.

Права граждан на получение бесплатной и качественной медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования определены Законом Российской Федерации от 28 июня 1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» и Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1, в том числе:

- выбор медицинского учреждения и врача по согласованию с администрацией лечебного учреждения;
- получение бесплатной медицинской помощи, соответствующей по объему и качеству Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на всей территории Российской Федерации, в том числе за пределами постоянного места жительства;
- бесплатное обеспечение лекарственными средствами при оказании скорой медицинской и стационарной помощи (дневные стационары и стационары круглосуточного наблюдения) в соответствии с Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств (утверждается в субъектах Российской Федерации);
- получение бесплатной стоматологической помощи в полном объеме препаратами и материалами в соответствии с утвержденным перечнем;
- предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба;
- обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- облегчение боли, связанной с заболеваниями и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
- получение информации о своих правах и обязанностях;
- получение доступной информации о состоянии своего здоровья;
- уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
- сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе, иных сведений, полученных при обследовании и лечении;
- согласие или отказ от медицинского вмешательства;
- допуск адвоката или иного законного представителя для защиты своих прав;

- допуск священнослужителя, а в больничном учреждении — на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения.

В соответствии с Положением о территориальном фонде обязательного медицинского страхования (в редакции Федерального закона № 118-ФЗ от 24 марта 2001 г.) задачей Территориального фонда ОМС является обеспечение предусмотренных законодательством Российской Федерации прав граждан в системе обязательного медицинского страхования.

Территориальные фонды ОМС обеспечивают решение данной задачи за счет выполнения следующих функций:

- рассмотрение обращений граждан;
- рассмотрение жалоб граждан;
- рассмотрение спорных случаев по защите прав граждан в досудебном порядке;
- защита прав граждан в суде;
- осуществление контроля объемов и качества медицинской помощи в системе ОМС, в том числе:
  - √ медико-экономический контроль;
  - √ медико-экономическая экспертиза страховых случаев;
  - √ экспертиза качества медицинской помощи;
- проведение социологических исследований (опросов) с целью оценки удовлетворенности качеством медицинской помощи;
- информирование граждан о правах в системе ОМС.

Таким образом, в целях приведения функционирования систем ОМС в части защиты прав застрахованных к единым стандартам целесообразно определить соответствующие критерии, позволяющие оценить, с одной стороны, интенсивность исполнения функций по защите прав застрахованных. С другой стороны, важно оценить конечные результаты, выраженные, например, в таких показателях, как доля удовлетворенных жалоб или объем компенсации гражданам за причиненный ущерб.

### **Организация предоставления медицинской помощи застрахованным**

В рамках данного направления оценки необходимо оценивать ключевые параметры структуры оказания медицинской помощи, сложившиеся в региональной системе ОМС.

К такому следует относить:

1) объем скорой медицинской помощи как наиболее объективную характеристику работы первичного звена;

2) относительный объем финансирования амбулаторно-поликлинической помощи в общем объеме финансирования территориальной программы ОМС. Это позволит оценить профилактическую направленность здравоохранения в системе ОМС, эффективность использования ресурсов (с учетом доказанного факта: профилактика дешевле лечения), ориентированность системы на пациента;

3) уровень внедрения стационарозамещающих технологий, что также позволяет существенно оптимизировать расходы на лечение заболеваний в условиях дневного стационара;

4) объем стационарной помощи. Как уже отмечалось выше существующая разбалансированность в потребности медицинской помощи и фактических объемах, наличие избыточных коек приводит к неэффективному использованию ресурсов на оказание медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара. Таким образом, в текущих условиях, когда объем койко-дней, установленный в территориальной программе ОМС, превышает установленные федеральные нормативы, представляется целесообразным проводить оценку по данному аспекту исходя из необходимости сокращения объема стационарной медицинской помощи за счет переноса части помощи на уровень первичного звена и внедрения стационарозамещающих технологий.

Кроме того, в рамках данного направления оценки деятельности систем ОМС целесообразно анализировать эффективность дополнительных мероприятий, характеризующих уровень организации предоставления медицинской помощи, таких как проведение дополнительной диспансеризации. В этом случае должен быть разработан критерий, дающий оценку выявления заболеваний при проведении дополнительной диспансеризации.

### **Переход на одноканальное финансирование системы здравоохранения за счет средств ОМС**

Целями, на достижение которых направлено одноканальное финансирование, являются:



- повышение доступности медицинской помощи и проведение реструктуризации здравоохранения за счет обеспечения возможности создания межрайонных центров;

- переход на страховой принцип финансирования позволяет реализовать принцип «деньги следуют за пациентом» и на этой основе обеспечить реальное повышение доступности специализированной помощи.

- обеспечение эффективности использования ресурсов за счет отказа от сметного принципа здравоохранения и, тем самым, стимулирования сокращения излишних коек, избыточных должностей.

Кроме того, внедрение одноканального финансирования позволяет стимулировать реструктуризацию сети лечебных учреждений — без изменения способа финансирования снижение объемов стационарной помощи, обеспечиваемое усилиями амбулаторно-поликлинических учреждений, не повлечет за собой перемещения финансовых средств в пользу последних.

Аккумуляция средств в системе ОМС позволит осуществить *переход к системе единого плательщика за медицинские услуги*, предоставляемые гражданам за счет государства. На этой основе можно обеспечить единство финансового планирования средств, предназначенных для оказания медицинской помощи, создать рациональную систему экономических стимулов для медицинских учреждений, нацеленных на вывод из системы излишних мощностей и оптимизацию объемов медицинской помощи. Страховщик получит реальные финансовые рычаги влияния на процесс реструктуризации. Принцип оплаты реально оказываемых медицинских услуг станет универсальным.

## **Управление средствами ОМС**

Выбор данного направления оценки обусловлен наличием ключевой функции территориального фонда ОМС — это обеспечение финансовой стабильности государственной системы обязательного медицинского страхования и выравнивание финансовых ресурсов на его проведение.

Таким образом, в рамках данного направления необходимо оценить качество исполнения данной функции. Реализация указанной функции осуществляется за счет:

1) финансирования страховых медицинских организаций по дифференцированному подушевому нормативу;

2) предоставления субсидий страховым медицинским организациям за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда ОМС;

3) межтерриториальных расчетов.

Функционирование системы ОМС может считаться стабильным при выполнении следующих условий:

1) отсутствие дефицита средств у страховых медицинских организаций на оплату оказанной медицинской помощи;

2) отсутствие избыточных резервов страховых медицинских организаций на оплату медицинской помощи;

3) в случае наличия дефицита средств в СМО средства НСЗ территориального фонда ОМС направляются по одному каналу — в виде субсидий страховым медицинским организациям, средства не используются на покрытие кредиторской задолженности медицинских учреждений;

4) территориальные фонды ОМС не накапливают кредиторскую задолженность по межтерриториальным расчетам.

Таким образом, показатели оценки деятельности системы ОМС по данному направлению должны удовлетворять перечисленным условиям.

## 2. Разработка подходов и требований к информационно-аналитическому обеспечению мониторинга деятельности ТФОМС

Ниже приведены источники информации, необходимые для определения значений показателей оценки функционирования системы ОМС субъекта РФ:

Наименование показателя	Источник информации
1	2
$k_{11}$ — доля амбулаторно-поликлинических учреждений, финансируемых с использованием системы фондодержания, в общем числе амбулаторно-поликлинических учреждений, имеющих прикрепленное население, %	Анкета 1 (см. электронную версию текста, приложение 8: <a href="http://www.hse.ru/org/hse/wp/wp8">http://www.hse.ru/org/hse/wp/wp8</a> )
$k_{12}$ — доля амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения, работающих в системе ОМС, для которых предусмотрена система экономического стимулирования в соответствии с утвержденной системой показателей, в общем числе амбулаторно-поликлинических учреждений, имеющих прикрепленное население, %	Анкета 2 (см. электронную версию текста, приложение 8: <a href="http://www.hse.ru/org/hse/wp/wp8">http://www.hse.ru/org/hse/wp/wp8</a> )
$k_{13}$ — превышение фактических объемов оплаченной стационарной помощи над объемами стационарной помощи, установленными территориальной программой ОМС, %	Отраслевая отчетная форма № 62 «Сведения о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи»
$k_{21}$ — число экспертиз качества медицинской помощи в расчете на 1000 застрахованных, проведенных штатными и внештатными специалистами страховых медицинских организаций	Форма ведомственного статистического наблюдения № ПГ «Организация защиты прав и законных интересов граждан в системе обязательного медицинского страхования»
$k_{22}$ — число выявленных нарушений на 100 экспертиз качества медицинской помощи, проведенных штатными и внештатными специалистами страховых медицинских организаций	Форма ведомственного статистического наблюдения № ПГ «Организация защиты

1	2
	прав и законных интересов граждан в системе обязательного медицинского страхования»
$k_{23}$ — доля граждан, обеспеченных страховым медицинским полисом ОМС, %	Форма № 8 «Сведения о численности граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию»
$k_{24}$ — доля спорных случаев по жалобам застрахованных, разрешенных в досудебном порядке, от общего числа спорных случаев, %	Форма ведомственного статистического наблюдения № ПГ «Организация защиты прав и законных интересов граждан в системе обязательного медицинского страхования»
$k_{25}$ — доля случаев, которые закончились материальным возмещением, от общего числа удовлетворенных жалоб	Форма ведомственного статистического наблюдения № ПГ «Организация защиты прав и законных интересов граждан в системе обязательного медицинского страхования»
$k_{31}$ — доля финансирования амбулаторно-поликлинической помощи в общем объеме финансирования территориальной программы ОМС, %	Отраслевая отчетная форма № 62 «Сведения о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи»
$k_{32}$ — число пациенто-дней в дневном стационаре по отношению к числу койко-дней в круглосуточном стационаре в системе ОМС, %	Отраслевая отчетная форма № 62 «Сведения о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи»

<p><math>k_{33}</math> — число койко-дней стационарной помощи на одного застрахованного в системе ОМС</p>	<p>Отраслевая отчетная форма № 62 «Сведения о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи»</p>
<p><math>k_{34}</math> — число вызовов скорой медицинской помощи на 1000 жителей субъекта РФ</p>	<p>Отраслевая отчетная форма № 62 «Сведения о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи»</p>
<p><math>k_{35}</math> — число впервые выявленных заболеваний по результатам проведения дополнительной диспансеризации на 1000 работающих граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию</p>	<p>Отчетная форма № 2-ДД «Сведения о ходе проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан» (ТФОМС)</p>
<p><math>k_{36}</math> — доля повторных госпитализаций по поводу одного и того же заболевания в течение квартала после госпитализации, %</p>	<p>Анкета 3 (см. электронную версию текста, приложение 8: <a href="http://www.hse.ru/org/hse/wp/wp8">http://www.hse.ru/org/hse/wp/wp8</a>)</p>
<p><math>k_{41}</math> — доля средств ОМС в общем объеме финансирования здравоохранения субъекта Российской Федерации из бюджетов всех уровней и средств ОМС, %</p>	<p>Отраслевая отчетная форма № 62 «Сведения о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи»</p>
<p><math>k_{42}</math> — доля медицинских организаций, работающих в системе ОМС, которым возмещаются затраты за оказанную медицинскую помощь за счет средств ОМС более чем по пяти статьям расходов (оплата труда, начисления на оплату труда, приобретение мягкого инвентаря и обмундирования, приобретение продуктов питания, приобретение медикаментов и перевязочных средств), %</p>	<p>Анкета 4 (Приложение 8)</p>

1	2
$k_{51}$ — средневзвешенное отклонение фактических расходов страховых медицинских организаций и поступлений средств на основе дифференцированного подушевого норматива финансирования страховых медицинских организаций, %	Анкета 5 (см. электронную версию текста, приложение 8: <a href="http://www.hse.ru/org/hse/wp/wp8">http://www.hse.ru/org/hse/wp/wp8</a> )
$k_{52}$ — доля средств НСЗ ТФОМС, которая направляется непосредственно в ЛПУ, %	Анкета 6 (см. электронную версию текста, приложение 8: <a href="http://www.hse.ru/org/hse/wp/wp8">http://www.hse.ru/org/hse/wp/wp8</a> )
$k_{53}$ — коэффициент роста невосстановленных средств ОМС, %	Форма 1-КР, утвержденная приказом ФФОМС от 3 февраля 1999 г. № 7

### 3. Набор индикаторов эффективности деятельности системы ОМС

В результате проведенного исследования были определены направления оценки функционирования систем ОМС субъектов РФ, в том числе:

- 1) оплата медицинской помощи в системе ОМС;
- 2) защита прав застрахованных в системе ОМС;
- 3) организация предоставления медицинской помощи застрахованным в системе ОМС;
- 4) переход на одноканальное финансирование системы здравоохранения за счет средств ОМС;
- 5) управление средствами ОМС.

По каждому направлению оценки разработаны показатели, характеризующие эффективность функционирования систем ОМС субъектов РФ по соответствующим аспектам. Данные показатели приведены в табл. 1.

Приведенные показатели используются для расчета интегральной оценки эффективности функционирования систем ОМС субъектов РФ, а также для расчета частных оценок по указанным направлениям оценки. Методика оценки эффективности функционирования систем ОМС субъектов РФ, включая порядок расчета интегральной оценки эффективности систем ОМС субъектов РФ, весовые коэффициенты показателей, приведена в разд. 2 настоящего отчета «Методические рекомендации по работе с моделями оценки эффективности деятельности системы ОМС».

*Таблица 1* Показатели оценки эффективности функционирования системы ОМС субъектов РФ

Наименование показателя	Весовой коэффициент	Значение весового коэффициента
<b>1. Оплата медицинской помощи в системе ОМС</b>		
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
$k_{11}$ — доля амбулаторно-поликлинических учреждений, финансируемых с использованием системы фондодержания, в общем числе амбулаторно-поликлинических учреждений, имеющих прикреплённое население, %	$v_{11}$	0,2

1	2	3
k <sub>12</sub> — доля амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения, работающих в системе ОМС, для которых предусмотрена система экономического стимулирования в соответствии с утвержденной системой показателей, в общем числе амбулаторно-поликлинических учреждений, имеющих прикрепленное население, %	v <sub>12</sub>	0,2
k <sub>13</sub> — превышение фактических объемов оплаченной стационарной помощи над объемами стационарной помощи, установленными территориальной программой ОМС, %	v <sub>13</sub>	0,6
<b>2. Защита прав застрахованных в системе ОМС</b>		
k <sub>21</sub> — число экспертиз качества медицинской помощи в расчете на 1000 застрахованных, проведенных штатными и внештатными специалистами страховых медицинских организаций	v <sub>21</sub>	0,15
k <sub>22</sub> — число выявленных нарушений на 100 экспертиз качества медицинской помощи, проведенных штатными и внештатными специалистами страховых медицинских организаций	v <sub>22</sub>	0,15
k <sub>23</sub> — доля граждан, обеспеченных страховым медицинским полисом ОМС, %	v <sub>23</sub>	0,1
k <sub>24</sub> — доля спорных случаев по жалобам застрахованных, разрешенных в досудебном порядке, от общего числа спорных случаев, %	v <sub>24</sub>	0,3
k <sub>25</sub> — доля случаев, которые закончились материальным возмещением, от общего числа удовлетворенных жалоб	v <sub>25</sub>	0,3
<b>3. Организация предоставления медицинской помощи застрахованным в системе ОМС</b>		
k <sub>31</sub> — доля финансирования амбулаторно-поликлинической помощи в общем объеме финансирования территориальной программы ОМС, %	v <sub>31</sub>	0,15
k <sub>32</sub> — число пациенто-дней в дневном стационаре по отношению к числу койко-дней в круглосуточном стационаре в системе ОМС, %	v <sub>32</sub>	0,15



$k_{33}$ — число койко-дней стационарной помощи на одного застрахованного в системе ОМС	$v_{33}$	0,2
$k_{34}$ — число вызовов скорой медицинской помощи на 1000 жителей субъекта РФ	$v_{34}$	0,2
$k_{35}$ — число впервые выявленных заболеваний по результатам проведения дополнительной диспансеризации на 1000 работающих граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию	$v_{35}$	0,15
$k_{36}$ — доля повторных госпитализаций по поводу одного и того же заболевания в течение квартала после госпитализации, %	$v_{36}$	0,15
<b>4. Переход на одноканальное финансирование системы здравоохранения за счет средств ОМС</b>		
$k_{41}$ — доля средств ОМС в общем объеме финансирования здравоохранения субъекта Российской Федерации из бюджетов всех уровней и средств ОМС, %	$v_{41}$	0,7
$k_{42}$ — доля медицинских организаций, работающих в системе ОМС, которым возмещаются затраты за оказанную медицинскую помощь за счет средств ОМС более чем по пяти статьям расходов (оплата труда, начисления на оплату труда, приобретение мягкого инвентаря и обмундирования, приобретение продуктов питания, приобретение медикаментов и перевязочных средств), %	$v_{42}$	0,3
<b>5. Управление средствами ОМС</b>		
$k_{51}$ — средневзвешенное отклонение фактических расходов страховых медицинских организаций и поступлений средств на основе дифференцированного подушевого норматива финансирования страховых медицинских организаций, %	$v_{51}$	0,6
$k_{52}$ — доля средств НСЗ ТФОМС, которая направляется непосредственно в ЛПУ, %	$v_{52}$	0,1
$k_{53}$ — коэффициент роста невосстановленных средств ОМС, %	$v_{53}$	0,3

## 4. Методические рекомендации по работе с моделями оценки эффективности деятельности системы ОМС

### 4.1. Методика оценки эффективности функционирования систем ОМС субъектов РФ

#### *Методика проведения сравнительного анализа эффективности деятельности систем ОМС субъектов РФ*

Целью настоящей методики является определение единых методических подходов к организации сравнительного анализа эффективности деятельности систем ОМС субъектов РФ по ключевым направлениям деятельности системы ОМС субъектов РФ.

Результаты сравнительного анализа эффективности позволяют определить зоны, требующие приоритетного внимания Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, сформировать перечень мероприятий по повышению результативности деятельности систем ОМС на региональном уровне.

Сравнительный анализ эффективности деятельности систем ОМС субъектов РФ осуществляется по следующему алгоритму:

1) на первом этапе проводится расчет достигнутого уровня деятельности системы ОМС по показателям, характеризующим деятельность системы ОМС (перечень показателей приведен в приложении 1, алгоритмы расчета показателей содержатся в приложении 5);

2) на втором этапе проводится расчет индекса динамики показателей деятельности системы ОМС (приложение 2);

3) на третьем этапе рассчитывается интегральная оценка эффективности деятельности системы ОМС, которая включает в себя достигнутый уровень деятельности системы ОМС ( $ДУ_{ОМС}$ ) и индекс динамики показателей деятельности системы ОМС ( $ИД_{ОМС}$ ) по следующей формуле:

$$ИО_{ОМС} = ИД_{ОМС} \times 0,6 + ДУ_{ОМС} \times 0,4,$$

где 0,6 и 0,4 — значения весовых коэффициентов при  $ИД_{ОМС}$  и  $ДУ_{ОМС}$  соответственно;

4) на четвертом этапе рассчитывается интегральный индекс здоровья по показателям, характеризующим уровень здоровья населения субъекта РФ (приложение 3);

5) на пятом этапе определяется уровень подушевого финансирования территориальной программы ОМС в соответствующем периоде, скорректированный на районный коэффициент (приложение 4);

6) кроме того, при необходимости рассчитывается интегральная оценка (от 0 до 10), включающая значения интегрального индекса здоровья (от 0 до 10), интегральной оценки эффективности деятельности системы ТПОМС (от 0 до 10), уровня подушевого финансирования, скорректированного на районный коэффициент (от 0 до 10). При определении интегральной оценки может использоваться как среднеарифметическое значение по трем указанным величинам, так и средневзвешенное значение (весовые коэффициенты определяются экспертным путем);

7) по итогам расчетов, произведенных в соответствии с пунктами 1—6, формируется аналитическая таблица по следующей форме:

Наименование субъекта РФ	Интегральный индекс здоровья (от 0 до 10)	Интегральная оценка эффективности деятельности системы ОМС (от 0 до 10)	Уровень подушевого финансирования ТПОМС, скорректированный на районный коэффициент (от 0 до 10)	Интегральная оценка (от 0 до 10)

#### **4.2. Результаты применения методики оценки эффективности функционирования систем ОМС субъектов РФ**

Апробация разработанной методики оценки эффективности функционирования систем ОМС субъектов РФ проводилась по 20 субъектам РФ, в том числе:

1. Республика Татарстан;
2. Чувашская Республика;
3. Краснодарский край;
4. Пермский край;
5. Хабаровский край;
6. Астраханская область;
7. Белгородская область;
8. Владимирская область;

9. Вологодская область;
10. Калининградская область;
11. Калужская область;
12. Ленинградская область;
13. Ростовская область;
14. Самарская область;
15. Свердловская область;
16. Тверская область;
17. Томская область;
18. Тюменская область;
19. Санкт-Петербург;
20. Челябинская область.

По результатам применения методики оценки эффективности функционирования систем ОМС данных субъектов РФ были подготовлены следующие аналитические материалы:

- итоговый рейтинг систем ОМС субъектов РФ;
- рейтинг систем ОМС субъектов РФ по параметру «Оплата медицинской помощи в системе ОМС»;
- рейтинг систем ОМС по параметру «Защита прав застрахованных»;
- рейтинг систем ОМС по параметру «Организация предоставления медицинской помощи застрахованным»;
- рейтинг систем ОМС по параметру «Переход на одноканальное финансирование системы здравоохранения за счет средств ОМС» ;
- рейтинг систем ОМС по параметру «Управление средствами ОМС».

В табл. 2 приведена аналитическая информация о субъектах РФ — лидерах (первые три места в рейтингах) и о субъектах-аутсайдерах (последние три места в рейтингах).

*Таблица 2* Место систем ОМС в рейтингах

Наименование рейтинга	Лидеры	Аутсайдеры
1	2	3
Итоговый рейтинг систем ОМС субъектов РФ	1 место: Томская обл.; 2 место: Калужская обл.; 3 место: Тюменская обл.	18 место: Хабаровский край 19 место: Ростовская обл.; 20 место: Астраханская обл.

Рейтинг систем ОМС субъектов РФ по параметру «Оплата медицинской помощи в системе ОМС»	1 место: Томская обл.; 2 место: Калужская обл.; 3 место: Тюменская обл.	18 место: Свердловская обл.; 19 место: Астраханская обл.; 20 место: Чувашская Республика
Рейтинг систем ОМС по параметру «Защита прав застрахованных»	1 место: Тверская обл.; 2 место: Вологодская обл.; 3 место: Чувашская Республика	18 место: Челябинская обл.; 19 место: Санкт-Петербург; 20 место: Краснодарский край
Рейтинг систем ОМС по параметру «Организация предоставления медицинской помощи застрахованным»	1 место: Самарская обл.; 2 место: Свердловская обл.; 3 место: Белгородская обл.	18 место: Нижегородская обл.; 19 место: Вологодская обл.; 20 место: Ростовская обл.
Рейтинг систем ОМС по параметру «Переход на одноканальное финансирование системы здравоохранения за счет средств ОМС»	1 место: Тюменская обл.; 2 место: Томская обл.; 3 место: Владимирская обл.	18 место: Астраханская обл.; 19 место: Свердловская обл.; 20 место: Санкт-Петербург
Рейтинг систем ОМС по параметру «Управление средствами ОМС»	1 место: Тюменская обл.; 2 место: Владимирская обл.; 3 место: Белгородская обл.	18 место: Ленинградская обл.; 19 место: Краснодарский край; 20 место: Астраханская обл.

Полученные результаты рейтингования систем ОМС субъектов РФ позволяют сделать выводы об эффективности деятельности систем ОМС с точки зрения достигнутых результатов в отчетном периоде по заданным аспектам.

Однако в данном случае при сравнении регионов не учитывается объем ресурсов, затраченный на эти цели. Поэтому для целей сравнения эффективности функционирования систем ОМС с точки зрения достигнутых результатов и затраченных ресурсов субъектов РФ целесообразно сопоставить уровень подушевого финансирования здравоохранения за счет средств ОМС в исследуемых территориях.

Данные о подушевом финансировании здравоохранения за счет средств ОМС приведены в табл. 3.

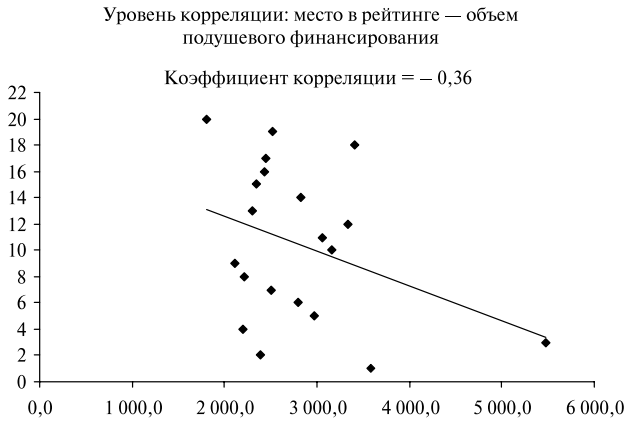
*Таблица 3* Подушевое финансирование здравоохранения субъектов РФ за счет средств ОМС

Субъект РФ	Место в итоговом рейтинге	Подушевое финансирование за счет средств ОМС, руб.
Томская область	1	3575,8
Калужская область	2	2387,0
Тюменская область	3	5480,5
Калининградская область	4	2203,2
Пермский край	5	2964,7
Владимирская область	6	2802,9
Самарская область	7	2510,0
Белгородская область	8	2212,9
Тверская область	9	2107,7
Вологодская область	10	3162,9
Свердловская область	11	3062,6
г. Санкт-Петербург	12	3333,9
Республика Чувашия	13	2298,4
Ленинградская область	14	2819,0
Челябинская область	15	2338,5
Нижегородская область	16	2428,5
Краснодарский край	17	2442,6
Хабаровский край	18	3407,4
Ростовская область	19	2526,0
Астраханская область	20	1799,7

Предварительный анализ данных табл. 3 позволяет сделать следующие выводы:

1. В целом прослеживается зависимость между местом региона в рейтинге и уровнем подушевого финансирования здравоохранения за счет средств ОМС (более высокому месту в рейтинге соответствует более высокий объем подушевого финансирования — см. рис. 1.)

2. При этом наблюдаются территории с более высоким уровнем подушевого финансирования относительно других и более низким местом в рейтинге. К таким относятся, например, Тюменская область, Санкт-Петербург, Хабаровский край, Свердловская область.



**Рис. 1.** Зависимость места в рейтинге от уровня подушевого финансирования за счет средств ОМС

# Приложение 1

## Расчет достигнутого уровня деятельности системы ОМС в субъекте Российской Федерации

### I. Направления оценки и перечень используемых показателей

Достигнутый уровень деятельности системы ОМС проводится по направлениям оценки, каждое из которых включает свой перечень частных показателей деятельности системы ОМС. Ниже представлено описание направлений и входящих в данные направления оценок показателей деятельности.

#### *1. Оплата медицинской помощи в системе ОМС*

Данное направление оценки установлено в соответствии с функцией территориального фонда ОМС по разработке правил ОМС, закрепленной за ним Положением о территориальном фонде обязательного медицинского страхования, утвержденным постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 24 февраля 1993 г. № 4543-1.

Выбор способа оплаты медицинской помощи существенно определяет стимулы медицинских организаций, работающих в системе ОМС, и в конечном итоге — эффективность использования финансовых ресурсов в системе ОМС.

Таким образом, оценка эффективности систем ОМС по данному направлению должна основываться на критериях, характеризующих:

- применение способов оплаты медицинской помощи, которые имеют очевидные преимущества по сравнению с другими;
- результаты применения тех или иных способов оплаты медицинской помощи.

В настоящем разделе используются следующие показатели:

1. Доля средств, направляемых в медицинские организации, имеющие участковую службу\* по подушевому нормативу, включающему оплату медицинской помощи, оказываемую в других медицинских организациях (система фондодержания), в общем объеме средств, направляемых в медицинские организации, имеющих участковую службу, %.



2. Доля медицинских организаций, имеющих участковую службу и оплачиваемых по подушевому нормативу (система фондодержания), чья деятельность оценивается на основе системы показателей качества медицинской помощи, %.

3. Доля врачей первичного звена (участковые врачи-терапевты, участковые врачи-педиатры, врачи общей практики), участвующих в системе фондодержания, %.

4. Доля медицинских организаций, имеющих участковую службу\*, для которых предусмотрена система экономического стимулирования в соответствии с утвержденной системой качественных показателей, в общем числе таких медицинских организаций,

5. Доля государственных (муниципальных) стационарных учреждений здравоохранения, финансирование которых осуществляется по результатам деятельности по законченному случаю, в общем количестве государственных (муниципальных) стационарных учреждений здравоохранения, %.

6. Превышение фактических объемов оплаченной стационарной помощи над объемами стационарной помощи, установленными территориальной программой ОМС, %.

Показатели 1—3 характеризуют масштабы внедрения подушевого метода оплаты медицинской помощи с фондодержанием в учреждениях, имеющих прикрепленное население. В текущих условиях внедрение фондодержания имеет очевидные преимущества перед способом оплаты амбулаторно-поликлинической медицинской помощи за посещение, так как, с одной стороны, стимулирует участковых врачей, врачей общей практики улучшать профилактику, с другой — усилить контроль за стационарным лечением и тем самым повысить качество и доступность медицинской помощи прикрепленному контингенту граждан.

Внедрение системы оценки учреждений, имеющих прикрепленное население может выступать как дополнение к методу фондодержания а также функционировать с применением других способов оплаты амбулаторно-поликлинической медицинской помощи. В случае применения системы фондодержания, система оценки учреждений позволяет нивелировать риски фондодержания, связанные с необоснованным отказом в госпитализации, направлением на диагностические исследования и проч.

Показатель «**Превышение фактических объемов оплаченной стационарной помощи над объемами стационарной помощи, установленными территориальной программой ОМС, %**» выступает в качестве результирующего критерия применения тех или иных способов оплаты медицинской помощи. Суть данного показателя заключается в том, что применяемые методы оплаты медицинской помощи (в данном случае не только амбулаторно-поликлинической, но и стационарной) оказывают влияние на превышение фактических объемов стационарной помощи над плановыми. Отсутствие такого превышения свидетельствует, что применяемые методы оплаты медицинской помощи не создают негативных стимулов стационарных медицинских организаций для спекуляции на объемах стационарной медицинской помощи.

## ***2. Защита прав застрахованных в системе ОМС***

Выбор данного направления оценки обусловлен необходимостью оценки усилий системы ОМС в части ориентации на пациента. В настоящее время права граждан в части получения медицинской помощи декларированы законодательством, однако уровень развития институтов по защите прав граждан существенно варьируется в разрезе субъектов РФ.

Данное направление оценки включает в себя следующие показатели:

1. Число экспертиз качества медицинской помощи в расчете на 1000 застрахованных, проведенных штатными и внештатными специалистами страховых медицинских организаций.

2. Число выявленных нарушений на 100 экспертиз качества медицинской помощи, проведенных штатными и внештатными специалистами страховых медицинских организаций.

3. Доля граждан, обеспеченных страховым медицинским полисом ОМС в общей численности граждан по договорам страхования, %.

4. Доля спорных случаев по жалобам застрахованных, разрешенных в досудебном порядке, от общего числа спорных случаев, %.

5. Доля экспертиз качества медицинской помощи, оспоренных медицинскими организациями, %.

6. Доля удовлетворенных исков в общем количестве исков, поданных от лица ТФОМС и СМО в суды.

7. Доля исков, поданных от лица ТФОМС и СМО от общего количества спорных случаев, рассматриваемых в судебном порядке.

Показатель **«Число экспертиз качества медицинской помощи в расчете на 1000 застрахованных, проведенных штатными и внештатными специалистами страховых медицинских организаций и ТФОМС»** характеризует масштаб экспертиз качества медицинской помощи (в расчете на 1000 застрахованных), оказанной в медицинских организациях, со стороны СМО и ТФОМС. Большие масштабы проведения экспертиз качества медицинской помощи свидетельствует как о более высоком уровне защиты прав застрахованных (в части качества оказанной медицинской помощи), так и косвенно характеризует качество медицинской помощи, предоставляемой на территории субъекта РФ.

Показатель **«Число выявленных нарушений на 100 экспертиз качества медицинской помощи, проведенных штатными и внештатными специалистами страховых медицинских организаций»** свидетельствует об эффективности проведения экспертиз качества медицинской помощи. Поскольку оказание медицинской помощи подчас происходит при отклонении от стандартов медицинской помощи, высокое количество выявленных нарушений свидетельствует об эффективности проведения экспертизы качества медицинской помощи в регионе.

Своевременное обеспечение застрахованных граждан страховым медицинским полисом — это первоочередная задача СМО и ТФОМС в системе ОМС, так как медицинская помощь в системе ОМС оказывается только застрахованным гражданам, при этом документальное подтверждение страхования обеспечивается посредством полиса ОМС. Поэтому задача ТФОМС и СМО — организовать доступные (по времени и месту) пункты выдачи полисов ОМС гражданам, а также проводить работу по выявлению лиц застрахованных работодателем, но не получивших страховые полисы. Для оценки этого направления работы используется показатель **«Доля граждан, обеспеченных страховым медицинским полисом ОМС, в общей численности граждан по договорам страхования, %»**.

Возникающие в системе обязательного медицинского страхования споры должны решаться, не доходя до суда. Для оценки развитости применяемых ТФОМСами досудебных механизмов защиты прав застрахованных используется показатель **«Доля спорных случаев по жалобам застрахованных, разрешенных в досудебном порядке, от общего числа спорных случаев, %»**.

Показатель «**доля экспертиз качества медицинской помощи, оспоренных медицинскими организациями, %**» характеризует удельный вес экспертиз качества медицинской помощи, по результатам которых нарушения были зафиксированы необоснованно.

Показатель «**Доля удовлетворенных исков в общем количестве исков, поданных от лица ТФОМС и СМО в суды**» характеризует эффективность работы ТФОМС и СМО в части судебной защиты прав граждан.

Показатель «**Доля исков, поданных от лица ТФОМС и СМО от общего количества спорных случаев, рассматриваемых в судебном порядке, %**» характеризует заинтересованность и активность ТФОМС и СМО в реализации мер по защите прав застрахованных

### ***3. Организация предоставления медицинской помощи застрахованным***

В рамках данного направления необходимо оценивать ключевые параметры структуры оказания медицинской помощи, сложившиеся в системе ОМС субъекта Российской Федерации. Данные параметры строго соответствуют указанным ниже показателям.

1. Доля финансирования амбулаторно-поликлинической помощи в общем объеме финансирования территориальной программы ОМС, %.

2. Отношение фактического уровня госпитализации к рекомендуемому уровню.

3. Число пациент-одней в дневном стационаре по отношению к числу койко-дней в круглосуточном стационаре в системе ОМС, %.

4. Отношение фактического числа койко-дней к расчетным по федеральным нормативам

5. Отношение фактического числа вызовов скорой помощи к расчетным по федеральным нормативам.

6. Отношение подушевого норматива финансирования территориальной программы ОМС к федеральному нормативу

Показатель «**Доля финансирования амбулаторно-поликлинической помощи в общем объеме финансирования территориальной программы ОМС, %**» позволит оценить профилактическую направленность здравоохранения в системе ОМС, эффективность использования ресурсов (с учетом доказанного факта: профилактика дешевле лечения), ориентированность системы на пациента.

Показатель «**Число пациентодней в дневном стационаре по отношению к числу койко-дней в круглосуточном стационаре в системе ОМС, %**» позволит оценить уровень внедрения стационарозамещающих технологий, что также позволяет существенно оптимизировать расходы на лечение заболеваний в условиях дневного стационара.

Существующая разбалансированность в потребности медицинской помощи и фактических объемах, наличие избыточных коек приводят к неэффективному использованию ресурсов на оказание медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара. Таким образом, в текущих условиях, когда объем койко-дней, установленный в территориальной программе ОМС превышает установленные федеральные нормативы, представляется целесообразным проводить оценку по данному аспекту исходя из необходимости сокращения объема стационарной медицинской помощи за счет переноса части помощи на уровень первичного звена и внедрения стационарозамещающих технологий. Для этого используется показатель «**Отношение фактического числа койко-дней к расчетным по федеральным нормативам**».

В целях оценки эффективности работы участковой службы, врачей общей практики в части профилактики хронических заболеваний используется показатель «**Отношение фактического числа вызовов скорой помощи к расчетным по федеральным нормативам**», который свидетельствует о степени развития неотложной

#### ***4. Переход на одноканальное финансирование системы здравоохранения за счет средств ОМС***

Целями, на достижение которых направлено одноканальное финансирование, являются:

- повышение доступности медицинской помощи и проведения реструктуризации здравоохранения за счет обеспечения возможности создания межрайонных центров;
- переход на страховой принцип финансирования, который позволяет реализовать принцип «деньги следуют за пациентом» и на этой основе обеспечить реальное повышение доступности специализированной помощи;
- обеспечение эффективности использования ресурсов за счет отказа от сметного принципа здравоохранения и, тем самым, стимулирования сокращения излишних коек, избыточных должностей.

В данном направлении используются следующие частные показатели:

1. Доля средств ОМС в общем объеме финансирования здравоохранения субъекта Российской Федерации из бюджетов всех уровней и средств ОМС, %

2. Доля медицинских организаций, работающих в системе ОМС, которым возмещаются затраты за оказанную медицинскую помощь за счет средств ОМС более чем по пяти статьям расходов (оплата труда, начисления на оплату труда, приобретение мягкого инвентаря и обмундирования, приобретение продуктов питания, приобретение медикаментов и перевязочных средств), %.

Показатель **«Доля средств ОМС в общем объеме финансирования здравоохранения субъекта Российской Федерации из бюджетов всех уровней и средств ОМС, %»** в целом характеризует переход на одноканальное финансирование здравоохранения за счет средств ОМС.

Показатель **«Доля медицинских организаций, работающих в системе ОМС, которым возмещаются затраты за оказанную медицинскую помощь за счет средств ОМС более чем по пяти статьям расходов (оплата труда, начисления на оплату труда, приобретение мягкого инвентаря и обмундирования, приобретение продуктов питания, приобретение медикаментов и перевязочных средств), %»** позволяет оценить масштаб перехода на одноканальное финансирование в системе ОМС с точки зрения числа учреждений, которым возмещаются расходы более чем по пяти статьям расходов.

## ***5. Управление средствами ОМС***

Одна из ключевых функций территориального фонда ОМС — это обеспечение финансовой стабильности государственной системы обязательного медицинского страхования и выравнивание финансовых ресурсов на его проведение. Реализация указанной функции осуществляется за счет:

- финансирования страховых медицинских организаций по дифференцированному подушевому нормативу;
- предоставления субсидий страховым медицинским организациям за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда ОМС.

В данном направлении используются следующие частные показатели:

1. Средневзвешенное отклонение фактических расходов страховых медицинских организаций и поступлений средств на основе дифференцированного подушевого норматива финансирования страховых медицинских организаций, %.

2. Удельный вес кредиторской задолженности на конец отчетного периода со сроком возникновения свыше 30 дней, %.

3. Коэффициент роста невосстановленных средств ОМС, %.

Показатель **«Средневзвешенное отклонение фактических расходов страховых медицинских организаций и поступлений средств на основе дифференцированного подушевого норматива финансирования страховых медицинских организаций, %»** направлен на измерение отклонений фактических расходов СМО от доходов, полученных по подушевому нормативу. Другими словами, предполагается, что любое отклонение расходов от доходов в отчетном периоде — это плохо, так как в случае превышения расходов над доходами в СМО направляется субвенция, в ином случае — в СМО накапливаются остатки. Чем ниже значение данного показателя, тем выше эффективность управления средствами ОМС территориальным фондом ОМС.

Показатель **«Удельный вес кредиторской задолженности на конец отчетного периода со сроком возникновения свыше 30 дней, %»** позволяет оценить удельный вес просроченной кредиторской задолженности ТФОМС (со сроком возникновения выше 30 дней) по межтерриториальным расчетам за оказанную медицинскую помощь гражданам вне территории страхования. Таким образом, показатель характеризует своевременность проведения расчетов за оказанную медицинскую помощь гражданам соответствующего субъекта РФ в другом субъекте РФ.

Показатель **«Коэффициент роста невосстановленных средств ОМС, %»** характеризует работу территориального фонда по восстановлению средств, потраченных не по целевому назначению.

## **II. Порядок проведения оценки достигнутого уровня деятельности системы ОМС субъекта Российской Федерации**

Достигнутый уровень деятельности системы ОМС определяется по следующей формуле:

$$ДУ_{ОМС} = ДУ_1 \times w_1 + ДУ_2 \times w_2 + ДУ_3 \times w_3 + ДУ_4 \times w_4 + ДУ_5 \times w_5,$$

где  $DU_{омс}$  — достигнутый уровень деятельности системы ОМС;

$DU_1$  — достигнутый уровень деятельности системы ОМС субъекта РФ по направлению «оплата медицинской помощи в системе ОМС»,  $0 \leq DU_1 \leq 10$ ;

$DU_2$  — достигнутый уровень деятельности системы ОМС субъекта РФ по направлению «защита прав застрахованных в системе ОМС»,  $0 \leq DU_2 \leq 10$ ;

$DU_3$  — достигнутый уровень деятельности системы ОМС субъекта РФ по направлению «организация предоставления медицинской помощи застрахованным в системе ОМС»,  $0 \leq DU_3 \leq 10$ ;

$DU_4$  — достигнутый уровень деятельности системы ОМС субъекта РФ по направлению «переход на одноканальное финансирование системы здравоохранения за счет средств ОМС»,  $0 \leq DU_4 \leq 10$ ;

$DU_5$  — достигнутый уровень деятельности системы ОМС субъекта РФ по направлению «управление средствами ОМС»,  $0 \leq DU_5 \leq 10$ ;

$w_1, w_2, w_3, w_4, w_5$  — весовые коэффициенты при направлениях оценки достигнутого уровня деятельности системы ОМС ( $DU_1 — DU_5$ ) субъекта РФ,  $w_1 + w_2 + w_3 + w_4 + w_5 = 1$ .

Для определения достигнутого уровня деятельности системы ОМС субъектов РФ устанавливаются следующие значения весовых коэффициентов по направлениям оценки:

№	Направление оценки	Весовой коэффициент	Значение весового коэффициента
1	Оплата медицинской помощи в системе ОМС	$w_1$	0,15
2	Защита прав застрахованных в системе ОМС	$w_2$	0,2
3	Организация предоставления медицинской помощи застрахованным в системе ОМС	$w_3$	0,4
4	Переход на одноканальное финансирование системы здравоохранения за счет средств ОМС	$w_4$	0,15
5	Управление средствами ОМС	$w_5$	0,1

Достигнутый уровень деятельности системы ОМС субъекта РФ по каждому из направления оценки  $DU_1 — DU_5$  определяется по десятибалльной шкале в соответствии с формулами:



$$\begin{aligned}
 ДУ_1 &= \sum_{j=1}^5 k_{1j} \times v_j; & ДУ_2 &= \sum_{j=1}^5 k_{2j} \times v_j; & ДУ_3 &= \sum_{j=1}^5 k_{3j} \times v_j; \\
 ДУ_4 &= \sum_{j=1}^5 k_{4j} \times v_j; & ДУ_5 &= \sum_{j=1}^5 k_{5j} \times v_j,
 \end{aligned}$$

где  $k_{ij}$  — частные показатели ( $j$ ) оценки достигнутого уровня системы ОМС, соответствующие  $i$ -м направлениям оценки достигнутого уровня деятельности системы ОМС,  $0 \leq k_{ij} \leq 10$ ;

$v_{ij}$  — весовые коэффициенты частных показателей ( $k_{ij}$ ) оценки эффективности функционирования системы ОМС субъекта РФ.

Перечень частных показателей и соответствующих им весовых коэффициентов приведен в табл. П1.

Для применения данных формул необходимо определить значения частных показателей  $k_{ij}$  по 10-балльной шкале. Для этого применяется следующий порядок, представленный ниже:

- для показателей, увеличение значений по которым означает рост эффективности функционирования системы ОМС;

- 10 баллов присваивается системе ОМС субъекта РФ, по которому рассчитанное значение соответствующего частного показателя по данному субъекту РФ является максимальным в совокупности всех оцениваемых систем ОМС субъектов РФ. Другим системам ОМС субъектов РФ присваиваются оценки менее 10 баллов пропорционально рассчитанным значениям показателей;

- для показателей, увеличение значений по которым означает снижение эффективности функционирования системы ОМС:

- 10 баллов присваивается системе ОМС субъекта РФ, по которому рассчитанное значение соответствующего показателя является минимальным в совокупности всех оцениваемых систем ОМС субъектов РФ. Другим системам ОМС субъектов РФ присваиваются оценки менее 10 баллов пропорционально рассчитанным значениям показателей.

Рассмотрим пример расчета значения **региона А** по направлению «Переход на одноканальное финансирование» ( $ДУ_4$ ):

Допустим что значение региона А по показателю ( $k_{ij}$ ) «Доля средств ОМС в общем объеме финансирования здравоохранения субъекта Российской Федерации из бюджетов всех уровней и средств ОМС, %» равно 40,67%. При этом максимальное значение равно 78,66% (регион В). Тогда по данному показателю регион А получит 5,17 баллов, а регион В получит 10 баллов.

Допустим что значение региона *A* по показателю «Доля медицинских организаций, работающих в системе ОМС, которым возмещаются затраты за оказанную медицинскую помощь за счет средств ОМС более чем по пяти статьям расходов (оплата труда, начисления на оплату труда, приобретение мягкого инвентаря и обмундирования, приобретение продуктов питания, приобретение медикаментов и перевязочных средств), %» равно 12%. При этом максимальное значение равно 100% (регион *B*). Тогда по данному показателю регион *A* получит 1,2 балла, а регион *B* получит 10 баллов.

Для того чтобы получить значение по направлению оценки «Переход на одноканальное финансирование», необходимо перемножить значение по частному показателю «Доля средств ОМС в общем объеме финансирования здравоохранения субъекта Российской Федерации из бюджетов всех уровней и средств ОМС, %» (в условном примере — 5,17) на значение соответствующего весового коэффициента (из табл. П1) и сложить получившееся значение с аналогичным по показателю «Доля медицинских организаций, работающих в системе ОМС, которым возмещаются затраты за оказанную медицинскую помощь за счет средств ОМС более чем по пяти статьям расходов значение».

Иными словами, региону *A* по направлению оценки «Переход на одноканальное финансирование» будет присвоен следующий балл:

$$DU_4 = 5,17 \times 0,7 + 1,2 \times 0,3 = 3,62 + 0,36 = 3,98.$$

**Таблица П1** Перечень показателей оценки достигнутого уровня системы ОМС по направлениям оценки и соответствующие им весовые коэффициенты

Наименование показателя	Весовой коэффициент	Значение весового коэффициента	Порядок оценки («+», если максим. значение = 10, «-», если максим. значение = 0,)
<b>1. Оплата медицинской помощи в системе ОМС</b>			
$k_{11}$ — доля средств, направляемых в медицинские организации, имеющие участковую службу* по подушевому нормативу, включающему оплату медицинской помощи, оказываемую в других медицинских организациях (система фондодержания) в общем объеме средств, направляемых в медицинские организации, имеющие участковую службу, %	$v_{11}$	0,1	+

$k_{12}$ — доля медицинских организаций, имеющих участковую службу* и оплачиваемых по подушевому нормативу (система фондодержания), чья деятельность оценивается на основе системы показателей качества медицинской помощи, %	$v_{12}$	0,1	+
$k_{13}$ — доля врачей первичного звена (участковые врачи-терапевты, участковые врачи-педиатры, врачи общей практики), участвующих в системе фондодержания, %	$v_{13}$	0,1	+
$k_{14}$ — доля медицинских организаций, имеющих участковую службу*, для которых предусмотрена система экономического стимулирования в соответствии с утвержденной системой качественных показателей, в общем числе таких медицинских организаций, %	$v_{14}$	0,1	+
$k_{15}$ — доля государственных (муниципальных) стационарных учреждений здравоохранения, финансирование которых осуществляется по результатам деятельности по законченному случаю, в общем количестве государственных (муниципальных) стационарных учреждений здравоохранения, %	$v_{15}$	0,3	+
$k_{16}$ — превышение фактических объемов оплаченной стационарной помощи над объемами стационарной помощи, установленными территориальной программой ОМС, %	$v_{16}$	0,3	—
<b>2. Защита прав застрахованных в системе ОМС</b>			
$k_{21}$ — число экспертиз качества медицинской помощи в расчете на 1000 застрахованных, проведенных штатными и внештатными специалистами страховых медицинских организаций	$v_{21}$	0,15	+
$k_{22}$ — число выявленных нарушений на 100 экспертиз качества медицинской помощи, проведенных штатными и внештатными специалистами страховых медицинских организаций	$v_{22}$	0,15	+

$k_{23}$ — доля граждан, обеспеченных страховым медицинским полисом ОМС в общей численности граждан по договорам страхования %	$v_{23}$	0,1	+
$k_{24}$ — доля спорных случаев по жалобам застрахованных, разрешенных в досудебном порядке, от общего числа спорных случаев, %	$v_{24}$	0,2	+
$k_{25}$ — доля экспертиз качества медицинской помощи, оспоренных медицинскими организациями, %	$v_{25}$	0,05	-
$k_{26}$ — доля удовлетворенных исков в общем количестве исков, поданных от лица ТФОМС и СМО в суды	$v_{26}$	0,2	+
$k_{27}$ — доля исков, поданных от лица ТФОМС и СМО от общего количества спорных случаев, рассматриваемых в судебном порядке	$v_{27}$	0,1	+
<b>3. Организация предоставления медицинской помощи застрахованным</b>			
$k_{31}$ — доля финансирования амбулаторно-поликлинической помощи в общем объеме финансирования территориальной программы ОМС, %	$v_{31}$	0,3	+
$k_{32}$ — отношение фактического уровня госпитализации к рекомендуемому уровню	$v_{32}$	0,1	+
$k_{33}$ — число пациенто-дней в дневном стационаре по отношению к числу койко-дней в круглосуточном стационаре в системе ОМС, %	$v_{33}$	0,1	+
$k_{34}$ — отношение фактического числа койко-дней к расчетным по федеральным нормативам	$v_{34}$	0,1	-
$k_{35}$ — отношение фактического числа вызовов скорой помощи к расчетным по федеральным нормативам	$v_{35}$	0,1	-
$k_{36}$ — отношение подушевого норматива финансирования территориальной программы ОМС к федеральному нормативу	$v_{36}$	0,3	+

<b>4. Переход на одноканальное финансирование системы здравоохранения за счет средств ОМС</b>			
$k_{41}$ — доля средств ОМС в общем объеме финансирования здравоохранения субъекта Российской Федерации из бюджетов всех уровней и средств ОМС, %	$v_{41}$	0,7	+
$k_{42}$ — доля медицинских организаций, работающих в системе ОМС, которым возмещаются затраты за оказанную медицинскую помощь за счет средств ОМС более чем по пяти статьям расходов (оплата труда, начисления на оплату труда, приобретение мягкого инвентаря и обмундирования, приобретение продуктов питания, приобретение медикаментов и перевязочных средств), %	$v_{42}$	0,3	+
<b>5. Управление средствами ОМС</b>			
$k_{51}$ — Средневзвешенное отклонение фактических расходов страховых медицинских организаций и поступлений средств на основе дифференцированного подушевого норматива финансирования страховых медицинских организаций, %	$v_{51}$	0,6	—
$k_{52}$ — удельный вес кредиторской задолженности на конец отчетного периода со сроком возникновения свыше 30 дней, %	$v_{52}$	0,2	—
$k_{53}$ — коэффициент роста невосстановленных средств ОМС, %	$v_{53}$	0,2	—

\* В участковую службу входят: участковые врачи-терапевты, участковые врачипедиатры, врачи общей практики.

## **Приложение 2. Расчет индекса динамики показателей деятельности системы ОМС**

Расчет индекса динамики показателей деятельности системы ОМС осуществляется по показателям, приведенным в табл. П1 с соответствующими весовыми коэффициентами.

Индекс динамики показателей деятельности системы ОМС ( $ИД_{ОМС}$ ) определяется по 10-балльной шкале по алгоритму, приведенному для расчета достигнутого уровня деятельности системы ОМС.

В основу для расчета индекса динамики берется коэффициент роста значений показателей, приведенных в табл. П1 по отношению к предыдущему году по следующей формуле:

$$kr_{ij} = \frac{k_{ij}^n}{k_{ij}^{n-1}} \times 100\% ,$$

где  $kr_{ij}$  — коэффициент роста значения показателя  $k_{ij}$  по отношению к предыдущему периоду;

$k_{ij}^n$  — значение показателя  $k_{ij}$  в отчетном периоде  $n$ ;

$k_{ij}^{n-1}$  — значение показателя  $k_{ij}$  в периоде  $n - 1$ .

### Приложение 3. Расчет интегрального индекса здоровья населения субъекта РФ

1. Значение индекса здоровья населения субъекта РФ рассчитывается по десятибалльной шкале по следующей формуле:

$$ИЗ = ИЗ_1 \times w_1^{zd} + ИЗ_2 \times w_2^{zd} + ИЗ_3 \times w_3^{zd} + ИЗ_4 \times w_4^{zd} + ИЗ_5 \times w_5^{zd} + ИЗ_6 \times w_6^{zd} ,$$

где  $ИЗ_1$  — индекс младенческой смертности (по 10-балльной шкале);

$ИЗ_2$  — индекс материнской смертности (по 10-балльной шкале);

$ИЗ_3$  — индекс инвалидности (по 10-балльной шкале);

$ИЗ_4$  — индекс заболеваемости онкопатологией IV стадии (по 10-балльной шкале);

$ИЗ_5$  — индекс заболеваемости туберкулезом запущенной формы (по 10-балльной шкале);

$ИЗ_6$  — индекс удовлетворенности населения (по 10-балльной шкале).

$w_1^{zd} - w_6^{zd}$  — весовые коэффициенты при индексах  $ИЗ_1 - ИЗ_6$  соответственно.

2. Для определения значений индексов  $ИЗ_1 - ИЗ_6$  по 10-балльной шкале применяется следующий порядок: 10 баллов присваивается субъекту РФ, по которому рассчитанное значение соответствующего показателя (табл. П2) является минимальным в совокупности всех

оцениваемых систем ОМС субъектов РФ. Другим субъектам РФ присваиваются оценки менее 10 баллов пропорционально рассчитанным значениям показателей.

**Таблица П2. Показатели здоровья населения субъекта РФ**

Наименование индекса здоровья населения	Наименование показателя
1	2
$ИЗ_1$ — индекс младенческой смертности	Младенческая смертность (число умерших в возрасте до одного года на 1 тыс. родившихся живыми)
$ИЗ_2$ — индекс материнской смертности	Материнская смертность (число умерших женщин на 100 тыс. детей, родившихся живыми)
$ИЗ_3$ — индекс инвалидности	Доля лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами, в общей численности лиц, впервые признанных инвалидами, %
$ИЗ_4$ — индекс заболеваемости онкопатологией IV стадии	Доля впервые выявленных больных онкологическим заболеванием IV стадии в общем числе впервые выявленных больных онкологическим заболеванием, %
$ИЗ_5$ — индекс заболеваемости туберкулезом запущенной формы	Доля впервые выявленных больных туберкулезом запущенной формы в общем числе, впервые выявленных больных туберкулезом, %
$ИЗ_6$ — индекс удовлетворенности населения	Коэффициент роста удовлетворенности населения медицинской помощью (% от числа опрошенных) // Коэффициент роста количества обоснованных жалоб на отказ в медицинской помощи по программе ОМС и взимание денежных средств за медицинскую помощь по программе ОМС (на 100 тыс. застрахованных по ОМС)

## **Приложение 4. Расчет уровня подушевого финансирования территориальной программы ОМС**

Расчет уровня подушевого финансирования территориальной программы ОМС по 10-балльной шкале осуществляется по следующему алгоритму:

1. Определяется уровень подушевого финансирования территориальной программы ОМС в субъекте РФ.

2. Производится корректировка уровня подушевого финансирования территориальной программы ОМС на районный коэффициент к заработной плате по следующей формуле:

$$ПФ_{ОМС}^{скорр.} = \frac{ПФ_{ОМС}}{k_{p-n}},$$

где  $ПФ_{ОМС}^{скорр.}$  — уровень подушевого финансирования территориальной программы ОМС, скорректированный на районный коэффициент к заработной плате в соответствующем периоде (год);

$ПФ_{ОМС}$  — фактический уровень подушевого финансирования территориальной программы ОМС в отчетном периоде (год);

$k_{p-n}$  — районный коэффициент к заработной плате.

Определяется уровень подушевого финансирования территориальной программы ОМС по 10-балльной шкале — 10 баллов присваивается субъекту РФ, которому соответствует максимальный уровень подушевого финансирования ТПОМС ( $ПФ_{ОМС}^{скорр.}$ ) среди всех субъектов РФ. Другим субъектам РФ присваиваются оценки менее 10 баллов пропорционально уровню подушевого финансирования ТПОМС.

## Приложение 5. Алгоритмы расчета частных показателей деятельности системы ОМС субъекта Российской Федерации

### 1. Оплата медицинской помощи в системе ОМС

$$ДСМО_{общ}^{ПН} = \frac{ОС_{ПН}^{МО}}{ОС_{общ}^{МО}} \times 100\%, \quad (1.1)$$

где  $ДСМО_{общ}^{ПН}$  — доля средств, направляемых в медицинские организации, имеющие участковую службу по подушевому нормативу, включающему оплату медицинской помощи, оказываемую в других медицинских организациях (система фондодержания) в общем объеме средств, направляемых в медицинские организации, имеющих участковую службу;



$OC_{ПН}^{МО}$  — объем средств, направляемый в медицинские организации, имеющие участковую службу по подушевому нормативу, включающему оплату медицинской помощи, оказываемую в других медицинских организациях (система фондодержания);

$OC_{общ}^{МО}$  — общий объем средств, направляемых в медицинские организации, имеющие участковую службу.

$$ДМО_{ПКМП}^{ПН} = \frac{ЧМО_{ПКМП}^{ПН}}{ЧМО_{общ}^{ПН}} \times 100\%, \quad (1.2)$$

где  $ДМО_{ПКМП}^{ПН}$  — доля медицинских организаций, имеющих участковую службу и оплачиваемых по подушевому нормативу (система фондодержания), чья деятельность оценивается на основе системы показателей качества медицинской помощи;

$ЧМО_{ПКМП}^{ПН}$  — число медицинских организаций, имеющих участковую службу и оплачиваемых по подушевому нормативу (система фондодержания), чья деятельность оценивается на основе системы показателей качества медицинской помощи;

$ЧМО_{общ}^{ПН}$  — общее число медицинских организаций, имеющих участковую службу и оплачиваемых по подушевому нормативу (система фондодержания).

$$ДВ_{СФ}^{ПЗ} = \frac{КВ_{СФ}^{ПЗ}}{КВ_{общ}^{ПЗ}} \times 100\%, \quad (1.3)$$

где  $ДВ_{СФ}^{ПЗ}$  — доля врачей первичного звена (участковые врачи-терапевты, участковые врачи-педиатры, врачи общей практики), участвующих в системе фондодержания;

$КВ_{СФ}^{ПЗ}$  — количество врачей первичного звена, участвующих в системе фондодержания;

$КВ_{общ}^{ПЗ}$  — общее количество врачей первичного звена.

$$ДМО_{общ}^{УС} = \frac{ЧМО_{СЭС}^{УС}}{ЧМО_{общ}^{УС}} \times 100\%, \quad (1.4)$$

где  $ДМО_{общ}^{УС}$  — доля медицинских организаций, имеющих участковую службу, для которых предусмотрена система экономического сти-

мулирования в соответствии с утвержденной системой качественных показателей, в общем числе таких медицинских организаций;

$ЧМО_{СЭС}^{УС}$  — число медицинских организаций, имеющих участковую службу, для которых предусмотрена система экономического стимулирования в соответствии с утвержденной системой качественных показателей;

$ЧМО_{общ}^{УС}$  — общее число медицинских организаций, имеющих участковую службу.

$$ДГСУЗ_{общ}^{РДЭС} = \frac{Ч_{РДЭС}^{ГСУЗ}}{Ч_{общ}^{ГСУЗ}} \times 100\%, \quad (1.5)$$

где  $ДГСУЗ_{общ}^{РДЭС}$  — доля государственных (муниципальных) стационарных учреждений здравоохранения, финансирование которых осуществляется по результатам деятельности по законченному случаю, в общем количестве государственных (муниципальных) стационарных учреждений здравоохранения;

$Ч_{РДЭС}^{ГСУЗ}$  — число государственных (муниципальных) стационарных учреждений здравоохранения, финансирование которых осуществляется по результатам деятельности по законченному случаю;

$Ч_{общ}^{ГСУЗ}$  — общее число государственных (муниципальных) стационарных учреждений здравоохранения.

$$П_{ТПОМС}^{факт} = \frac{СП_{факт}^{опл}}{СП_{ТПОМС}} \times 100\%, \quad (1.6)$$

где  $П_{ТПОМС}^{факт}$  — превышение фактических объемов оплаченной стационарной помощи над объемами стационарной помощи, установленными территориальной программой ОМС;

$СП_{факт}^{опл}$  — фактический объем оплаченной стационарной помощи;

$СП_{ТПОМС}$  — объем стационарной помощи, установленной территориальной программой ОМС.

## 2. Защита прав застрахованных в системе ОМС

$$ЧЭКМП_{1000_{застрах}}^{шт,внешт} = \frac{Ч_{шт,внешт}^{ЭКМП}}{К_{застрах}} \times 1000, \quad (2.1)$$

где  $ЧЭКМП_{1000}^{шт,внешшт}$  — число экспертиз качества медицинской помощи в расчете на 1000 застрахованных, проведенных штатными и внештатными специалистами страховых медицинских организаций;

$Ч_{шт,внешшт}^{ЭКМП}$  — число экспертиз качества медицинской помощи, проведенных штатными и внештатными специалистами страховых медицинских организаций;

$K_{застрах}$  — количество застрахованных.

$$ЧВН_{100_{ЭКМП}}^{шт,внешшт} = \frac{Ч_{шт,внешшт}^{наруш_{ЭКМП}}}{Ч_{шт,внешшт}^{ЭКМП}} \times 100, \quad (2.2)$$

где  $ЧВН_{100_{ЭКМП}}^{шт,внешшт}$  — число выявленных нарушений на 100 экспертиз качества медицинской помощи, проведенных штатными и внештатными специалистами страховых медицинских организаций;

$Ч_{шт,внешшт}^{наруш_{ЭКМП}}$  — число выявленных нарушений условий договора и ненадлежащего КМП;

$Ч_{шт,внешшт}^{ЭКМП}$  — число ЭКМП, проведенных штатными и внештатными специалистами страховых медицинских организаций.

$$ДГ_{Сид}^{СМП} = \frac{Ч_{Сид}^{зр_{СМП}}}{Ч_{Сид}^{зр}} \times 100\%, \quad (2.3)$$

где  $ДГ_{Сид}^{СМП}$  — доля граждан, обеспеченных страховым медицинским полисом ОМС в общей численности граждан по договорам страхования;

$Ч_{Сид}^{зр_{СМП}}$  — численность граждан, обеспеченных страховым медицинским полисом ОМС;

$Ч_{Сид}^{зр}$  — численность граждан, застрахованных согласно спискам к договорам ОМС.

$$ДСС_{общ}^{ДП} = \frac{K_{ДП}^{СС}}{K_{общ}^{СС}} \times 100\%, \quad (2.4)$$

где  $ДСС_{общ}^{ДП}$  — доля спорных случаев по жалобам застрахованных, разрешенных в досудебном порядке, от общего числа спорных случаев;

$K_{ДП}^{СС}$  — количество спорных случаев по жалобам застрахованных, разрешенных в досудебном порядке с участием СМО;

$K_{общ}^{СС}$  — общее количество спорных случаев.

$$ДЭКМП_{общ}^{оспорен} = \frac{K_{оспорен}^{ЭКМП}}{K_{общ}^{ЭКМП}} \times 100\%, \quad (2.5)$$

где  $ДЭКМП_{общ}^{оспорен}$  — доля экспертиз качества медицинской помощи, оспоренных медицинскими организациями;

$K_{оспорен}^{ЭКМП}$  — количество экспертиз качества медицинской помощи, оспоренных медицинскими организациями;

$K_{общ}^{ЭКМП}$  — общее количество экспертиз качества медицинской помощи.

$$ДУИ_{общ}^{ТФОМС, СМО} = \frac{Ч_{ТФОМС, СМО}^{УИ}}{Ч_{общ}^{И}} \times 100\%, \quad (2.6)$$

где  $ДУИ_{общ}^{ТФОМС, СМО}$  — доля удовлетворенных исков в общем количестве исков, поданных от лица ТФОМС и СМО в суды;

$Ч_{ТФОМС, СМО}^{УИ}$  — число удовлетворенных исков, поданных от лица ТФОМС и СМО в суды;

$Ч_{общ}^{И}$  — общее число исков, поданных от лица ТФОМС и СМО в суды.

$$ДИ_{ССдосудеб. общ}^{ТФОМС, СМО} = \frac{Ч_{ТФОМС, СМО}^{И}}{Ч_{ССдосудеб}^{общ}} \times 100\%, \quad (2.7)$$

где  $ДИ_{ССдосудеб. общ}^{ТФОМС, СМО}$  — доля исков, поданных от лица ТФОМС и СМО от общего количества спорных случаев, рассматриваемых в судебном порядке;

$Ч_{ТФОМС, СМО}^{И}$  — число исков, поданных от лица ТФОМС и СМО;

$Ч_{ССдосудеб}^{общ}$  — общее число спорных случаев, рассматриваемых в судебном порядке.

### 3. Организация предоставления медицинской помощи застрахованным

$$ДФ_{ТПОМС_{общ}}^{АПП} = \frac{ОФ^{АПП}}{ОФ_{общ}^{ТПОМС}} \times 100\%, \quad (3.1)$$

где  $ДФ_{ТПОМС_{общ}}^{АПП}$  — доля финансирования амбулаторно-поликлинической помощи в общем объеме финансирования территориальной программы ОМС;

$O\Phi^{АПП}$  — объем финансирования амбулаторно-поликлинической помощи;

$O\Phi_{общ}^{ТПОМС}$  — общий объем финансирования территориальной программы ОМС.

$$O_{РУГ}^{ФУГ} = \frac{ФУГ}{РУГ}, \quad (3.2)$$

где  $O_{РУГ}^{ФУГ}$  — отношение фактического уровня госпитализации к рекомендуемому уровню;

$ФУГ$  — Фактический уровень госпитализации;

$РУГ$  — Рекомендуемый уровень госпитализации.

$$Ч_{КД}^{ПД} = \frac{Ч_{ПД}}{Ч_{КД}} \times 100\%, \quad (3.3)$$

где  $Ч_{КД}^{ПД}$  — число пациенто-дней в дневном стационаре по отношению к числу койко-дней в круглосуточном стационаре в системе ОМС;

$Ч_{ПД}$  — число пациенто-дней в дневном стационаре в системе ОМС;

$Ч_{КД}$  — Число койко-дней в круглосуточном стационаре в системе ОМС.

$$ОЧКД_{расч}^{факт} = \frac{Ч_{факт}^{КД}}{Ч_{расч}^{КД}}, \quad (3.4)$$

где  $ОЧКД_{расч}^{факт}$  — отношение фактического числа койко-дней к расчетным по федеральным нормативам;

$Ч_{факт}^{КД}$  — фактическое число койко-дней;

$Ч_{расч}^{КД}$  — расчетное числа койко-дней по федеральным нормативам.

$$ОЧВСП_{расч}^{факт} = \frac{Ч_{факт}^{выз}}{Ч_{расч}^{выз}}, \quad (3.5)$$

где  $ОЧВСП_{расч}^{факт}$  — отношение фактического числа вызовов скорой помощи к расчетным по федеральным нормативам;

$Ч_{\text{факт}}^{\text{выз}}$  — фактическое число вызовов скорой помощи;

$Ч_{\text{расч}}^{\text{выз}}$  — расчетное числа вызовов скорой помощи к по федеральным нормативам.

$$ОНФТП_{\text{фед}}^{\text{подуш}} = \frac{H_{\text{подуш}}^{\text{ФТПОМС}}}{H_{\text{фед}}^{\text{ФТПОМС}}}, \quad (3.6)$$

где  $ОНФТП_{\text{фед}}^{\text{подуш}}$  — отношение подушевого норматива финансирования территориальной программы ОМС к федеральному нормативу;

$H_{\text{подуш}}^{\text{ФТПОМС}}$  — подушевой норматив финансирования территориальной программы ОМС;

$H_{\text{фед}}^{\text{ФТПОМС}}$  — федеральный норматив финансирования территориальной программы ОМС.

#### 4. Переход на одноканальное финансирование системы здравоохранения за счет средств ОМС

$$ДС_{\text{общ}}^{\text{ОМС}} = \frac{С_{\text{ОМС}}}{ОФ_{\text{общ}}} \times 100\%, \quad (4.1)$$

где  $ДС_{\text{общ}}^{\text{ОМС}}$  — доля средств ОМС в общем объеме финансирования здравоохранения субъекта Российской Федерации из бюджетов всех уровней и средств ОМС;

$С_{\text{ОМС}}$  — средства ОМС;

$ОФ_{\text{общ}}$  — общий объем финансирования здравоохранения субъекта Российской Федерации из бюджетов всех уровней и средств ОМС.

$$ДМО_{\text{общ}}^{\text{возмещ}} = \frac{K_{\text{возмещ}}^{\text{МО}}}{K_{\text{общ}}^{\text{МО}}} \times 100\%, \quad (4.2)$$

где  $ДМО_{\text{общ}}^{\text{возмещ}}$  — доля медицинских организаций, работающих в системе ОМС, которым возмещаются затраты за оказанную медицинскую помощь за счет средств ОМС более чем по пяти статьям расходов (оплата труда, начисления на оплату труда, приобретение мягкого инвентаря и обмундирования, приобретение продуктов питания, приобретение медикаментов и перевязочных средств);

$K_{возмещ}^{MO}$  — количество медицинских организаций, работающих в системе ОМС, которым возмещаются затраты за оказанную медицинскую помощь за счет средств ОМС более чем по пяти статьям расходов (оплата труда, начисления на оплату труда, приобретение мягкого инвентаря и обмундирования, приобретение продуктов питания, приобретение медикаментов и перевязочных средств);

$K_{общ}^{MO}$  — общее количество медицинских организаций, работающих в системе ОМС субъекта РФ.

## 5. Управление средствами ОМС

$$CO_{дох}^{расх} = \sum_{i=1}^n \frac{(D_{ДПНФ}^{СМОi} - P_{факт}^{СМОi})}{D_{ДПНФ}^{СМОi}} \times \frac{D_{ДПНФ}^{СМОi}}{\sum_{i=1}^n D_{ДПНФ}^{СМОi}}, \quad (5.1)$$

где  $CO_{дох}^{расх}$  — средневзвешенное отклонение фактических расходов страховых медицинских организаций от средств, полученных по дифференцированному подушевому нормативу финансирования страховых медицинских организаций;

$D_{ДПНФ}^{СМОi}$  — фактические расходы страховой медицинской организации  $i$ ;

$P_{факт}^{СМОi}$  — доходы страховой медицинской организации  $i$ , полученные по дифференцированному подушевому нормативу финансирования страховых медицинских организаций;

$I$  — Порядковый номер страховой медицинской организации, заключившей договор с ТФОМС субъекта РФ;

$N$  — Количество страховых медицинских организаций, заключивших договора с ТФОМС субъекта РФ.

$$УВКЗ_{30дн}^{кон} = \frac{КЗ_{30дн}}{КЗ} \times 100\%, \quad (5.2)$$

где  $УВКЗ_{30дн}^{кон}$  — удельный вес кредиторской задолженности на конец отчетного периода со сроком возникновения свыше 30 дней;

$КЗ_{30дн}$  — кредиторская задолженность со сроком возникновения свыше 30 дней;

$КЗ$  — кредиторская задолженность на конец отчетного периода.

$$KP_{НС} = \frac{O_{кон}^{НС}}{O_{нач}^{НС}} \times 100\% \quad (5.3)$$

где  $KP_{НС}$  — коэффициент роста невосстановленных средств ОМС;  
 $O_{кон}^{НС}$  — объем невосстановленных средств на конец периода;  
 $O_{нач}^{НС}$  — объем невосстановленных средств на начало периода.



## Заключение

В рамках проведения НИР по теме: «Разработка моделей оценки эффективности деятельности системы обязательного медицинского страхования» были решены следующие задачи:

*На первом этапе:*

- разработаны общие принципы разработки моделей оценки эффективности деятельности системы ОМС;
- предложены рекомендуемые модели оценки эффективности деятельности системы ОМС и их обоснование;
- определены подходы и требования к информационно-аналитическому обеспечению мониторинга деятельности ТФОМС.

*На втором этапе:*

- разработан перечень показателей оценки эффективности системы ОМС;
- разработана методика оценки эффективности функционирования систем ОМС субъектов РФ;
- проведена апробация методики на примере установленного перечня субъектов РФ, включая формирование рейтинга систем ОМС субъектов РФ (см. приложения к настоящему отчету).

Разработанная модель оценки эффективности функционирования систем ОМС субъектов РФ позволит Федеральному фонду ОМС проводить сравнительный анализ эффективности функционирования систем ОМС субъектов РФ по ключевым аспектам деятельности основных субъектов системы ОМС (территориальные фонды ОМС, страховые медицинские организации, учреждения, работающие в системе ОМС) и формировать ежегодный рейтинг систем ОМС всех субъектов РФ.

Проведенный в рамках апробации методики анализ позволил ранжировать системы ОМС исследуемых субъектов РФ в зависимости от уровня эффективности по заданным направлениям оценки и соответствующим им показателям.

Результаты рейтингования позволят формировать предложения в адрес субъектов РФ по совершенствованию организации обязательного медицинского страхования на территории субъекта РФ по следующим основным направлениям:

1. Повышение профилактической направленности здравоохранения.
2. Оптимизация коечного фонда.
3. Внедрение эффективных методов оплаты медицинской помощи.
4. Усиление контроля качества медицинской помощи.
5. Эффективная организация защиты прав застрахованных — усиление ответственности субъектов системы ОМС перед пациентом.
6. Переход на одноканальное финансирование здравоохранения за счет средств ОМС.
7. Внедрение эффективных технологий финансового менеджмента в территориальных фондах ОМС.

*Препринт WP8/2011/03*  
*Серия WP8*  
*Государственное и муниципальное управление*

Степанов Илья Михайлович, Головщинский Константин Игоревич

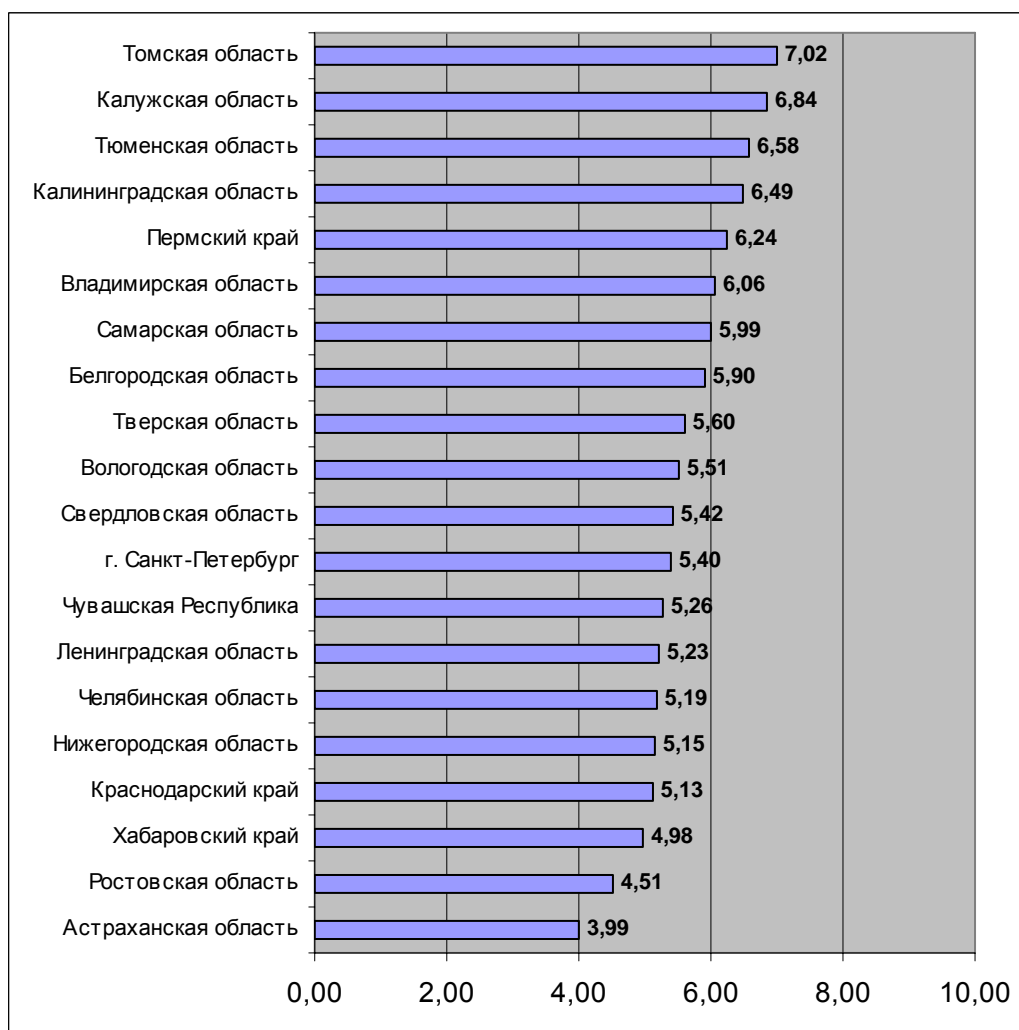
**Разработка моделей оценки эффективности  
системы обязательного медицинского страхования**

Зав. редакцией оперативного выпуска *А.В. Заиченко*  
Технический редактор *Н.Е. Пузанова*  
Корректор *Е.Л. Качалова*

Отпечатано в типографии Высшей школы экономики  
с представленного оригинал-макета.  
Формат 60×84 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Бумага офсетная. Тираж 150 экз. Уч.-изд. л. 3,55.  
Усл. печ. 3,5. Заказ № . Изд. № 1323.

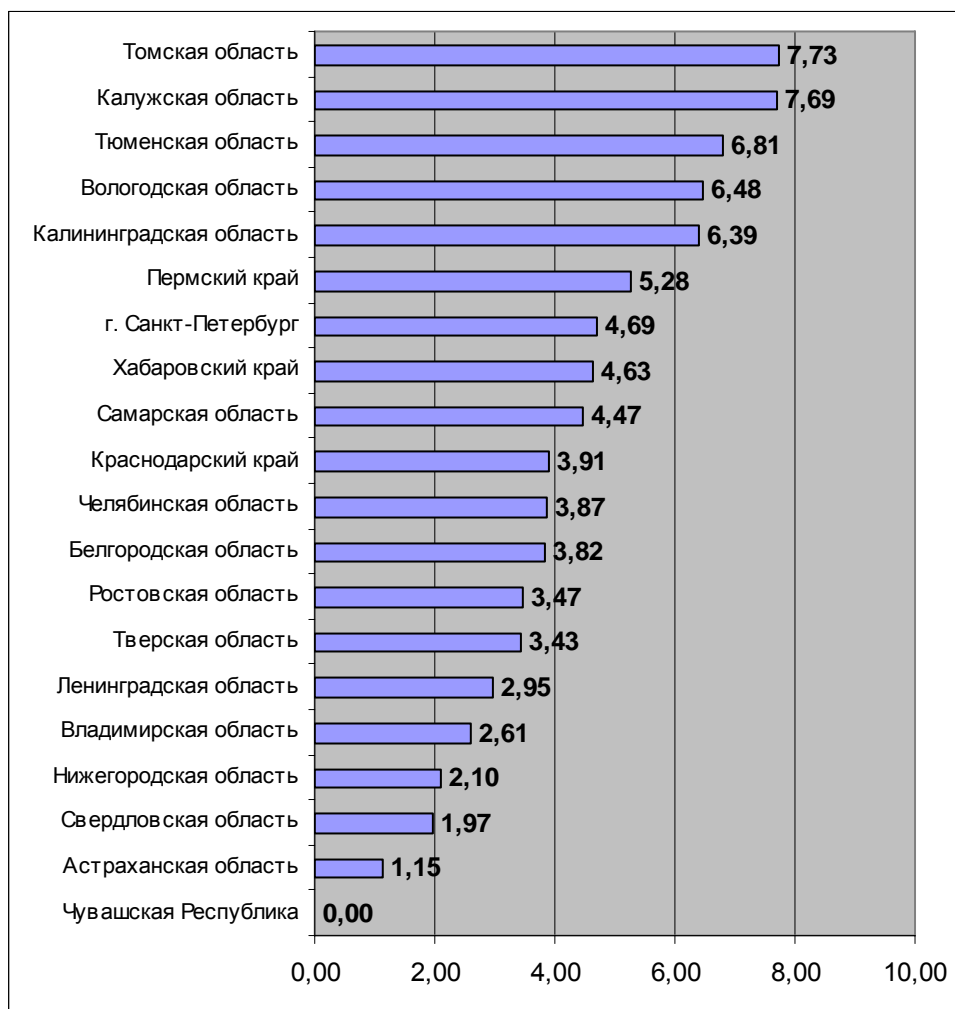
Высшая школа экономики. 125319, Москва, Кочновский проезд, 3  
Типография Высшей школы экономики. 125319, Москва, Кочновский проезд, 3  
Тел.: (499) 611-24-15

## Приложение 1. Итоговый рейтинг систем ОМС субъектов РФ



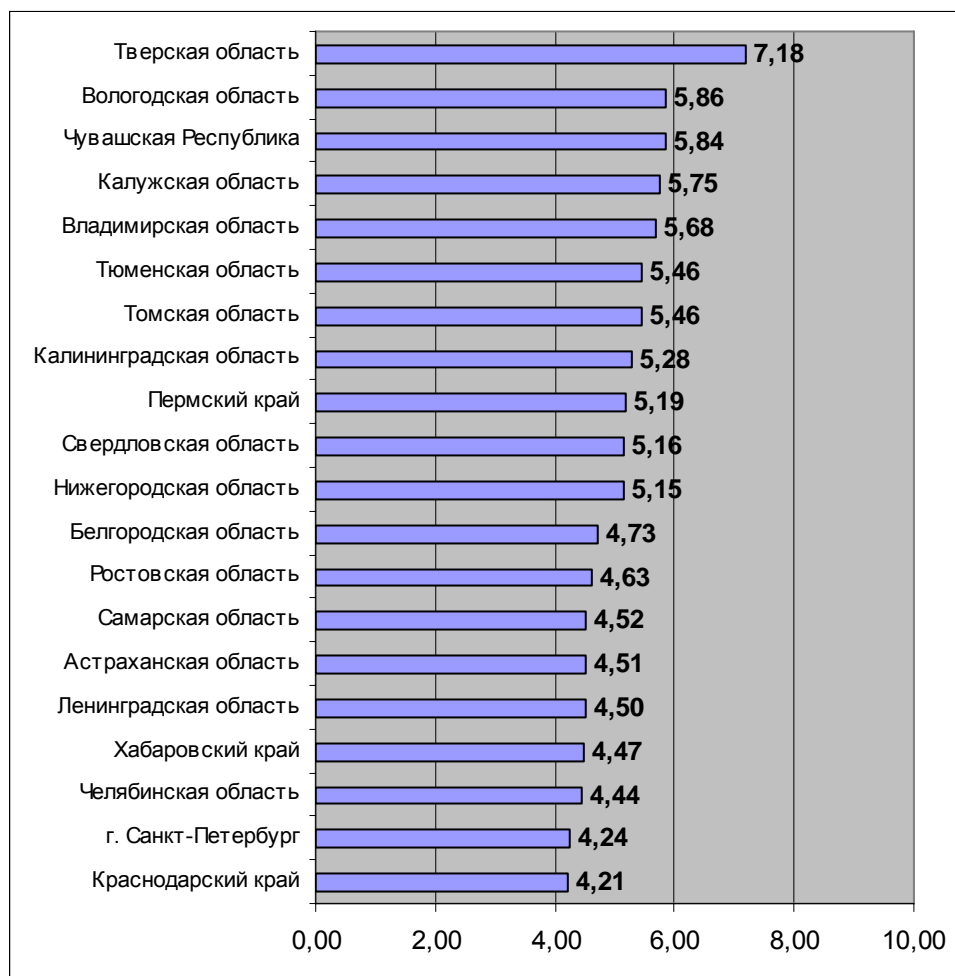
Наименование показателя	Весовые коэффициенты
1. Оплата медицинской помощи в системе ОМС	0,15
2. Защита прав застрахованных в системе ОМС	0,2
3. Организация предоставления медицинской помощи застрахованным	0,4
4. Переход на одноканальное финансирование системы здравоохранения за счет средств ОМС	0,15
5. Управление средствами ОМС	0,1

**Приложение 2. Рейтинг систем ОМС субъектов РФ по параметру «Оплата медицинской помощи в системе ОМС»**



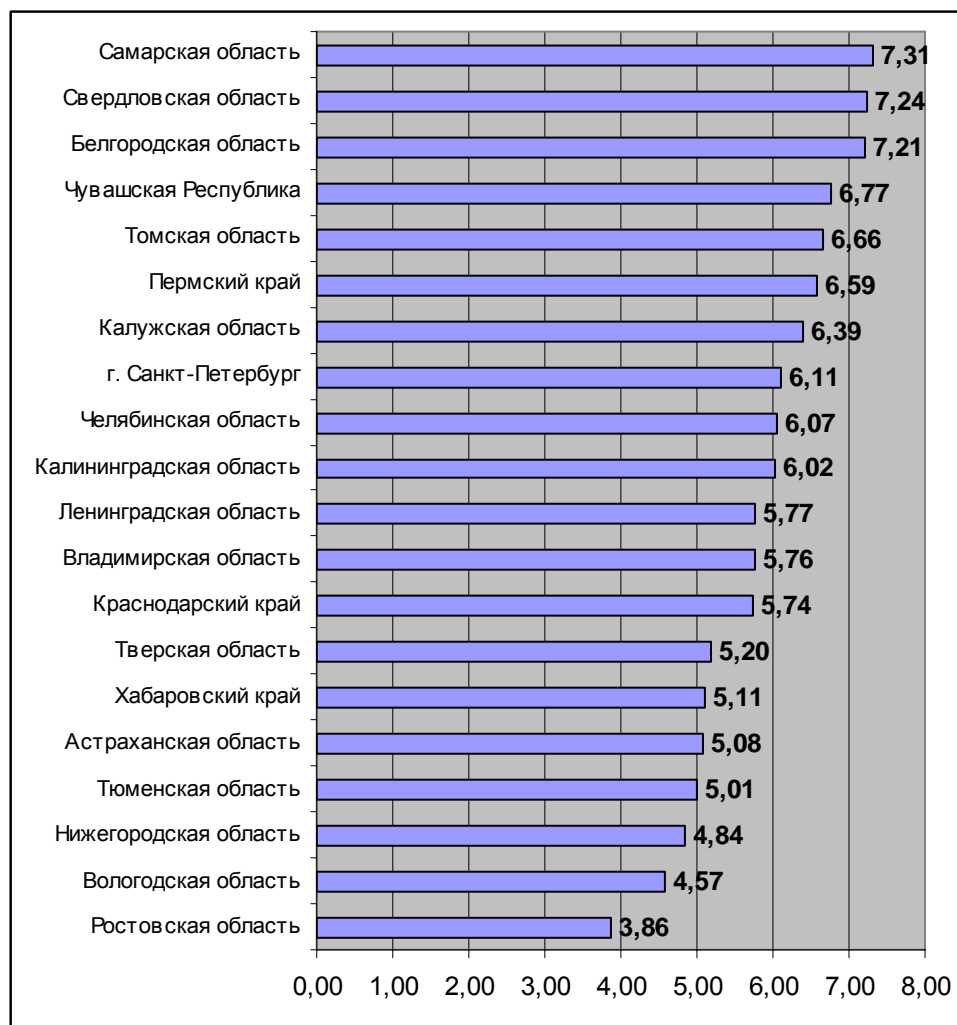
Наименование показателя		Весовые коэффициенты
<b>1. Оплата медицинской помощи в системе ОМС</b>		<b>0,15</b>
1.1.	Доля амбулаторно-поликлинических учреждений, финансируемых с использованием системы фондодержания, в общем числе амбулаторно-поликлинических учреждений, имеющих прикрепленное население, %	0,2
1.2.	Доля амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения, работающих в системе ОМС, для которых предусмотрена система экономического стимулирования в соответствии с утвержденной системой показателей, в общем числе амбулаторно-поликлинических учреждений, имеющих прикрепленное население, %	0,2
1.3.	Превышение фактических объемов оплаченной стационарной помощи над объемами стационарной помощи, установленными территориальной программой ОМС, %	0,6

### Приложение 3. Рейтинг систем ОМС по параметру «Защита прав застрахованных»



2. Защита прав застрахованных в системе ОМС		0,2
2.1.	Число экспертиз качества медицинской помощи в расчете на 1000 застрахованных, проведенных штатными и внештатными специалистами страховых медицинских организаций.	0,15
2.2.	Число выявленных нарушений на 100 экспертиз качества медицинской помощи, проведенных штатными и внештатными специалистами страховых медицинских организаций.	0,15
2.3.	Доля граждан, обеспеченных страховым медицинским полисом ОМС, %.	0,1
2.4.	Доля спорных случаев по жалобам застрахованных, разрешенных в досудебном порядке, от общего числа спорных случаев, %.	0,3
2.5.	Доля случаев, которые закончились материальным возмещением, от общего числа удовлетворенных жалоб, %.	0,3

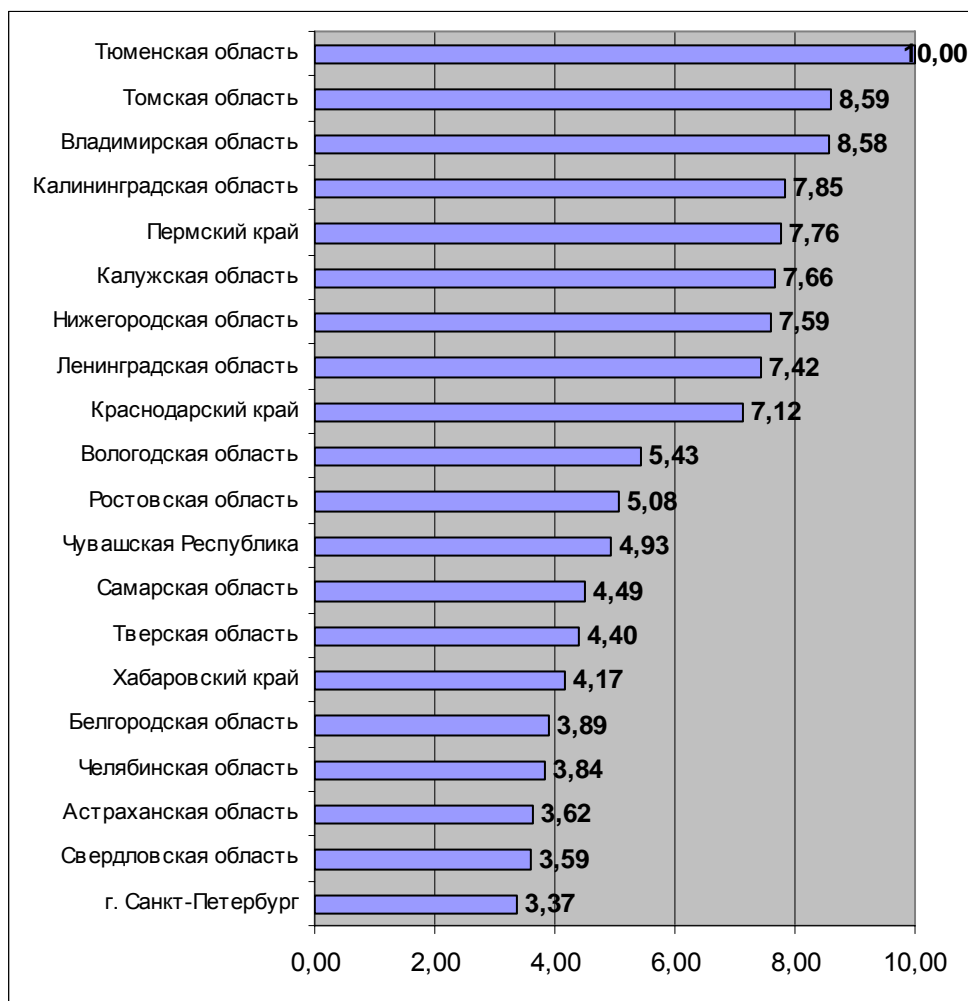
**Приложение 4. Рейтинг систем ОМС по параметру «Организация предоставления медицинской помощи застрахованным»**



<b>3. Организация предоставления медицинской помощи застрахованным</b>		<b>0,4</b>
<b>3.1.</b>	Доля финансирования амбулаторно-поликлинической помощи в общем объеме финансирования территориальной программы ОМС, %	<b>0,15</b>
<b>3.2.</b>	Число пациенто-дней в дневном стационаре по отношению к числу койко-дней в круглосуточном стационаре в системе ОМС, %	<b>0,15</b>
<b>3.3.</b>	Число койко-дней стационарной помощи на одного застрахованного в системе ОМС	<b>0,2</b>
<b>3.4.</b>	Число вызовов скорой медицинской помощи на 1000 жителей субъекта РФ	<b>0,2</b>
<b>3.5.</b>	Число впервые выявленных заболеваний по результатам проведения дополнительной диспансеризации на 1000 работающих граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию	<b>0,15</b>
<b>3.6.</b>	Доля повторных госпитализаций по поводу одного и того же заболевания в течение квартала после госпитализации, %;	<b>0,15</b>

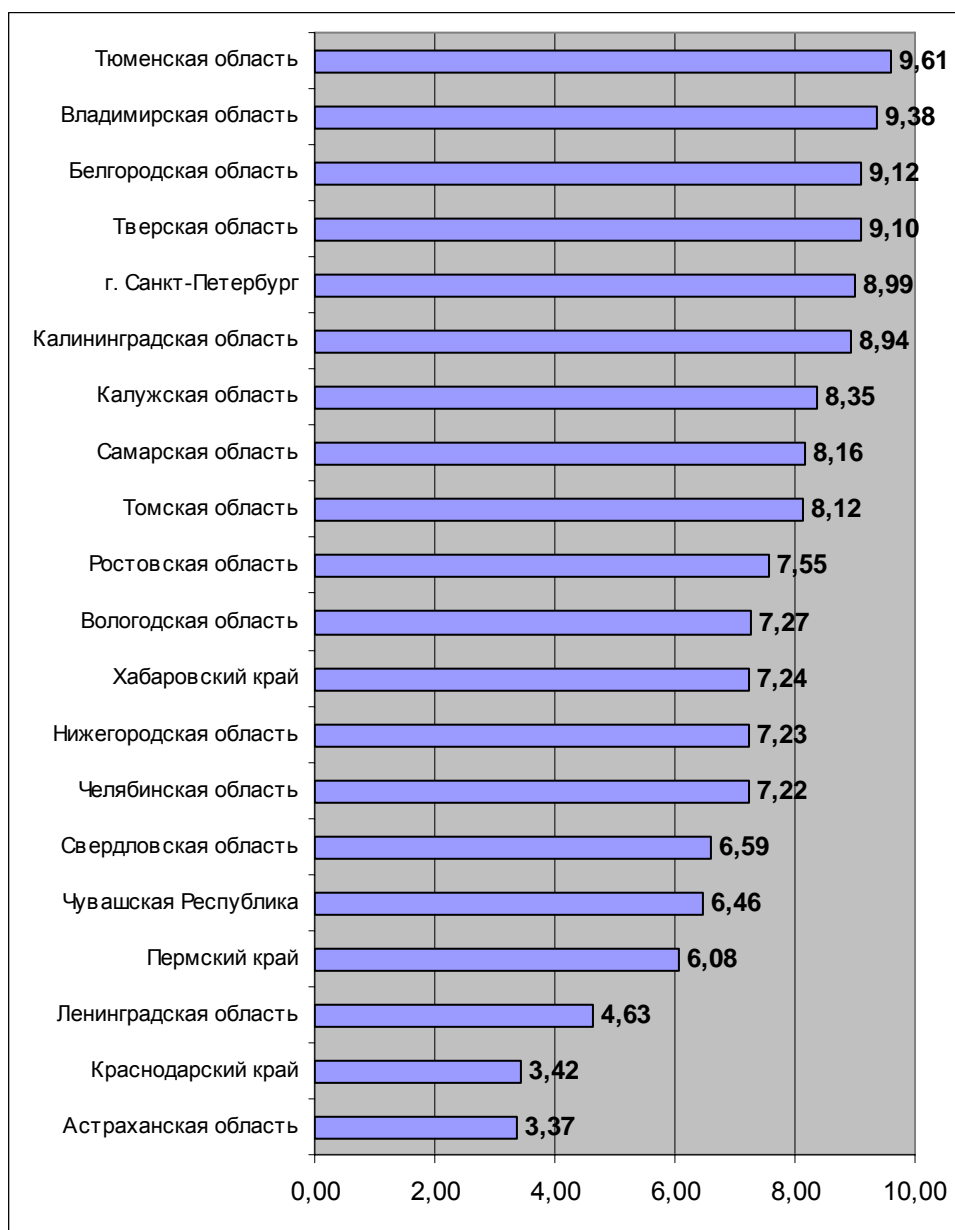


**Приложение 5. Рейтинг систем ОМС по параметру «Переход на одноканальное финансирование системы здравоохранения за счет средств ОМС»**



<b>4. Переход на одноканальное финансирование системы здравоохранения за счет средств ОМС</b>		<b>0,15</b>
<b>4.1.</b>	Доля средств ОМС в общем объеме финансирования здравоохранения субъекта Российской Федерации из бюджетов всех уровней и средств ОМС, %	<b>0,7</b>
<b>4.2.</b>	Доля медицинских организаций, работающих в системе ОМС, которым возмещаются затраты за оказанную медицинскую помощь за счет средств ОМС более чем по пяти статьям расходов (оплата труда, начисления на оплату труда, приобретение мягкого инвентаря и обмундирования, приобретение продуктов питания, приобретение медикаментов и перевязочных средств), %	<b>0,3</b>

## Приложение 6. Рейтинг систем ОМС по параметру «Управление средствами ОМС»



5. Управление средствами ОМС		0,1
5.1.	Средневзвешенное отклонение фактических расходов страховых медицинских организаций и поступлений средств на основе дифференцированного подушевого норматива финансирования страховых медицинских организаций, %.	0,6
5.2.	Доля средств НСЗ ТФОМС, которая направляется непосредственно в ЛПУ, %	0,1
5.3.	Коэффициент роста невосстановленных средств ОМС, %	0,3

Приложение 7. Расчетные значения показателей оценки эффективности функционирования систем ОМС субъектов РФ

7.1. Расчетные значения показателей оценки функционирования систем ОМС субъектов РФ

Наименование показателя		Астраханская область	Белгородская область	Владимирская область	Вологодская область	Калининградская область	Калужская область	Краснодарский край	Ленинградская область	Нижегородская область	Пермский край	Ростовская область	Самарская область	Свердловская область	г. Санкт-Петербург	Тверская область	Томская область	Тюменская область	Хабаровский край	Челябинская область	Чувашская Республика
<b>1. Оплата медицинской помощи в системе ОМС</b>																					
1.1	Доля амбулаторно-поликлинических учреждений, финансируемых с использованием системы фондодержания, в общем числе амбулаторно-поликлинических учреждений,	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%	0,00%	3,28%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	86,27%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Наименование показателя		Астраханская область	Белгородская область	Владимирская область	Вологодская область	Калининградская область	Калужская область	Краснодарский край	Ленинградская область	Нижегородская область	Пермский край	Ростовская область	Самарская область	Свердловская область	г. Санкт-Петербург	Иркутская область	Томская область	Тюменская область	Хабаровский край	Челябинская область	Чувашская Республика	
	имеющих прикрепленное население, %																					
1.2	Доля амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения, работающих в системе ОМС, для которых предусмотрена система экономического стимулирования в соответствии с утвержденной	0,00%	13,16%	27,91%	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Наименование показателя		Астраханская область	Белгородская область	Владимирская область	Вологодская область	Калининградская область	Калужская область	Краснодарский край	Ленинградская область	Нижегородская область	Пермский край	Ростовская область	Самарская область	Свердловская область	г. Санкт-Петербург	Иркутская область	Томская область	Тюменская область	Хабаровский край	Челябинская область	Чувашская Республика	
	системой показателей, в общем числе амбулаторно-поликлинических учреждений, имеющих прикрепленное население, %																					
1.3	Превышение фактических объемов оплаченной стационарной помощи над объемами стационарной	106,88%	99,70%	104,18%	96,95%	97,21%	99,31%	98,64%	107,66%	104,03%	100,53%	99,96%	96,99%	104,44%	96,33%	100,08%	92,41%	95,97%	96,49%	98,78%	110,31%	

Наименование показателя		Астраханская область	Белгородская область	Владимирская область	Вологодская область	Калининградская область	Калужская область	Краснодарский край	Ленинградская область	Нижегородская область	Пермский край	Ростовская область	Самарская область	Свердловская область	г. Санкт-Петербург	Иркутская область	Томская область	Тюменская область	Хабаровский край	Челябинская область	Чувашская Республика	
	помощи, установленными территориальной программой ОМС, %																					
<b>2. Защита прав застрахованных в системе ОМС</b>																						
2.1	Число экспертиз качества медицинской помощи в расчете на 1000 застрахованных, проведенных штатными и и внештатными специалистами	0,49	1,69	40,82	0,21	25,95	0,08	1,92	10,18	1,60	0,47	1,14	7,05	21,03	0,99	3,34	19,06	3,20	7,55	11,04	0,89	

Наименование показателя		Астраханская область	Белгородская область	Владимирская область	Вологодская область	Калининградская область	Калужская область	Краснодарский край	Ленинградская область	Нижегородская область	Пермский край	Ростовская область	Самарская область	Свердловская область	г. Санкт-Петербург	Тверская область	Томская область	Тюменская область	Хабаровский край	Челябинская область	Чувашская Республика	
	тами страховых медицинских организаций.																					
2.2	Число выявленных нарушений на 100 экспертиз качества медицинской помощи, проведенных штатными и внештатными специалистами страховых медицинских организаций	76,0,04	50,25	27,23	2537,21	20,24	3957,14	190,55	18,26	2348,19	381,55	16,11,26	42,93	29,87	32,66	190,76	33,01	78,01	58,72	21,65	4597,14	

Наименование показателя		Астраханская область	Белгородская область	Владимирская область	Вологодская область	Калининградская область	Калужская область	Краснодарский край	Ленинградская область	Нижегородская область	Пермский край	Ростовская область	Самарская область	Свердловская область	г. Санкт-Петербург	Иркутская область	Томская область	Тюменская область	Хабаровский край	Челябинская область	Чувашская Республика	
	ий.																					
2.3	Доля граждан, обеспеченных страховыми медицинскими полисом ОМС, %.	99,36%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	99,16%	100,00%	99,96%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	99,81%	100,00%	100,00%	95,33%	94,72%	100,00%	
2.4	Доля спорных случаев по жалобам застрахованных, разрешенных в досудебном порядке с участием страховых медицинских	96,81%	100,00%	99,24%	100,00%	100,00%	99,45%	98,92%	100,00%	100,00%	99,49%	99,75%	98,77%	99,41%	100,00%	99,66%	99,11%	98,92%	99,32%	100,00%		



Наименование показателя		Астраханская область	Белгородская область	Владимирская область	Вологодская область	Калининградская область	Калужская область	Краснодарский край	Ленинградская область	Нижегородская область	Пермский край	Ростовская область	Самарская область	Свердловская область	г. Санкт-Петербург	Иркутская область	Томская область	Тюменская область	Хабаровский край	Челябинская область	Чувашская Республика	
	организаций, от общего числа спорных случаев, %.																					
2.5	Доля случаев, которые закончились материальным возмещением, от общего числа удовлетворенных жалоб, %.	10,75 %	20,34 %	6,11 %	32,14 %	10,00%	14,29 %	3,18 %	4,89 %	10,23 %	32,72 %	2,42 %	7,89 %	13,10%	6,53 %	93,84 %	23,82 %	42,15 %	7,89 %	3,19 %	9,71 %	
<b>3. Организация предоставления медицинской помощи застрахованным</b>																						

Наименование показателя		Астраханская область	Белгородская область	Владимирская область	Вологодская область	Калининградская область	Калужская область	Краснодарский край	Ленинградская область	Нижегородская область	Пермский край	Ростовская область	Самарская область	Свердловская область	г. Санкт-Петербург	Тверская область	Томская область	Тюменская область	Хабаровский край	Челябинская область	Чувашская Республика
3.1	Доля финансирования амбулаторно-поликлинической помощи в общем объеме финансирования территориальной программы ОМС, %	38,68%	38,42%	41,76%	28,68%	30,53%	37,60%	31,69%	37,38%	28,93%	39,05%	34,42%	43,67%	34,08%	43,56%	32,92%	36,48%	28,99%	34,30%	40,24%	30,20%
3.2	Число пациенто-дней в дневном стационаре по отношению к числу койко-дней в круглосуточном стационаре	24,23%	40,79%	21,60%	23,33%	19,55%	24,45%	28,79%	25,67%	18,68%	25,71%	19,32%	23,92%	23,65%	12,89%	19,66%	22,95%	19,01%	24,23%	29,82%	22,47%

Наименование показателя		Астраханская область	Белгородская область	Владимирская область	Вологодская область	Калининградская область	Калужская область	Краснодарский край	Ленинградская область	Нижегородская область	Пермский край	Ростовская область	Самарская область	Свердловская область	г. Санкт-Петербург	Тверская область	Томская область	Тюменская область	Хабаровский край	Челябинская область	Чувашская Республика	
	е в системе ОМС, %																					
3.3	Число койко-дней стационарной помощи на одного застрахованного в системе ОМС	1,91	2,06	2,19	2,42	1,81	2,12	2,04	2,15	2,68	1,95	2,07	1,92	1,95	1,45	2,31	1,98	2,39	1,79	1,99	2,21	
3.4	Число вызовов скорой медицинской помощи на 1000 жителей субъекта РФ	449,62	315,79	347,25	396,31	341,77	324,28	370,57	308,60	339,69	341,12	395,40	265,68	314,71	359,82	389,09	360,83	350,00	422,87	309,86	255,67	
3.5	Число впервые выявленных заболеваний по	777,55	680,74	862,30	717,11	689,88	720,20	626,94	896,89	736,32	859,43	325,89	712,71	863,75	815,07	115,94	865,50	738,10	437,37	785,66	788,32	

Наименование показателя		Астраханская область	Белгородская область	Владимирская область	Вологодская область	Калининградская область	Калужская область	Краснодарский край	Ленинградская область	Нижегородская область	Пермский край	Ростовская область	Самарская область	Свердловская область	г. Санкт-Петербург	Иркутская область	Томская область	Тюменская область	Хабаровский край	Челябинская область	Чувашская Республика	
	результатам проведения дополнительной диспансеризации на 1000 работающих граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию														5							
3.6	Доля повторных госпитализаций по поводу одного и того же заболевания в течение квартала	4,09%	1,70%	4,22%	3,02%	3,01%	1,95%	2,60%	6,50%	1,91%	2,76%	-	2,83%	0,00%	6,03%	3,96%	0,52%	2,88%	3,37%	6,75%	1,75%	

Наименование показателя		Астраханская область	Белгородская область	Владимирская область	Вологодская область	Калининградская область	Калужская область	Краснодарский край	Ленинградская область	Нижегородская область	Пермский край	Ростовская область	Самарская область	Свердловская область	г. Санкт-Петербург	Иверская область	Томская область	Тюменская область	Хабаровский край	Челябинская область	Чувашская Республика	
	после госпитализации, %;																					
<b>4. Переход на одноканальное финансирование системы здравоохранения за счет средств ОМС</b>																						
4.1	Доля средств ОМС в общем объеме финансирования здравоохранения субъекта Российской Федерации и из бюджетов всех уровней и средств ОМС, %	40,67 %	43,67 %	65,72 %	56,95 %	61,60 %	52,40 %	49,01 %	52,13 %	53,69 %	53,52 %	57,03 %	50,48 %	40,29 %	37,82 %	49,41 %	66,52 %	78,66 %	46,82 %	43,16 %	55,41 %	

Наименование показателя		Астраханская область	Белгородская область	Владимирская область	Вологодская область	Калининградская область	Калужская область	Краснодарский край	Ленинградская область	Нижегородская область	Пермский край	Ростовская область	Самарская область	Свердловская область	г. Санкт-Петербург	Иркутская область	Томская область	Тюменская область	Хабаровский край	Челябинская область	Чувашская Республика
4.2	Доля медицинских организаций, работающих в системе ОМС, которым возмещаются затраты за оказанную медицинскую помощь за счет средств ОМС более чем по пяти статьям расходов (оплата труда, начисления на оплату	0,0 0%	0,0 0%	90,9 9%	12,00 %	78,82%	100, 00%	92,0 4%	92, 65 %	93,8 5%	100, 00%	0,0 0%	0,0 0%	0,00%	0,00 %	0 0 0 0 %	88,8 9%	100,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %

Наименование показателя		Астраханская область	Белгородская область	Владимирская область	Вологодская область	Калининградская область	Калужская область	Краснодарский край	Ленинградская область	Нижегородская область	Пермский край	Ростовская область	Самарская область	Свердловская область	г. Санкт-Петербург	Иркутская область	Томская область	Тюменская область	Хабаровский край	Челябинская область	Чувашская Республика	
	труда, приобретение мягкого инвентаря и обмундирования, приобретение продуктов питания, приобретение медикаментов и перевязочных средств), %																					
<b>5. Управление средствами ОМС</b>																						
5.1	Средневзвешенное отклонение фактических расходов	25,48 %	1,28 %	0,18 %	11,63 %	2,05 %	2,89 %	-	20,30 %	11,48 %	3,95 %	4,60 %	1,43 %	11,95 %	1,60 %	1,20 %	5,22 %	0,03 %	3,15 %	10,99 %	5,28 %	

Наименование показателя		Астраханская область	Белгородская область	Владимирская область	Вологодская область	Калининградская область	Калужская область	Краснодарский край	Ленинградская область	Нижегородская область	Пермский край	Ростовская область	Самарская область	Свердловская область	г. Санкт-Петербург	Иркутская область	Томская область	Тюменская область	Хабаровский край	Челябинская область	Чувашская Республика	
	страховых медицинских организаций и поступлений средств на основе дифференцированного подушевого норматива финансирования страховых медицинских организаций, %.																					
5.2	Доля средств НСЗ ТФОМС, которая	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	31,22%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%



Наименование показателя		Астраханская область	Белгородская область	Владимирская область	Вологодская область	Калининградская область	Калужская область	Краснодарский край	Ленинградская область	Нижегородская область	Пермский край	Ростовская область	Самарская область	Свердловская область	г. Санкт-Петербург	Тверская область	Томская область	Тюменская область	Хабаровский край	Челябинская область	Чувашская Республика	
	направляется непосредственно в ЛПУ, %																					
5.3	Коэффициент роста невосстановленных средств ОМС, %	2,07%	-0,09%	-0,11%	-34,44%	-0,37%	22,38%	-0,83%	0,00%	-30,26%	140,59%	45,50%	-4,84%	0,67%	2,71%	1,89%	3,59%	-11,60%	83,83%	-23,17%	100,00%	

7.2. Расчетные значения показателей оценки функционирования систем ОМС субъектов РФ по десятибалльной шкале

Наименование показателя		Астраханская область	Белгородская область	Владимирская область	Вологодская область	Калининградская область	Калужская область	Краснодарский край	Ленинградская область	Нижегородская область	Пермский край	Ростовская область	Самарская область	Свердловская область	г. Санкт-Петербург	Тверская область	Томская область	Тюменская область	Хабаровский край
<b>1. Оплата медицинской помощи в системе ОМС</b>																			
1.1.	Доля амбулаторно-поликлинических учреждений, финансируемых с использованием системы фондодержания, в общем числе амбулаторно-поликлинических учреждений, имеющих прикрепленное население, %	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00	10,00	0,00	0,33	0,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8,63	0,00	0,00
1.2.	Доля амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения, работающих в системе ОМС, для которых предусмотрена система экономического	0,00	1,32	2,79	10,00	0,00	10,00	0,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00	0,00

Наименование показателя		Астраханская область	Белгородская область	Владимирская область	Вологодская область	Калининградская область	Калужская область	Краснодарский край	Ленинградская область	Нижегородская область	Пермский край	Ростовская область	Самарская область	Свердловская область	г. Санкт-Петербург	Тверская область	Томская область	Тюменская область	Хабаровский край
	стимулирования в соответствии с утвержденной системой показателей, в общем числе амбулаторно-поликлинических учреждений, имеющих прикрепленное население, %																		
1.3.	Превышение фактических объемов оплаченной стационарной помощи над объемами стационарной помощи, установленными территориальной программой ОМС, %	1,91	5,93	3,42	7,46	7,32	6,14	6,52	1,48	3,51	5,46	5,78	7,44	3,28	7,81	5,71	10,00	8,01	7,72
<b>2. Защита прав застрахованных в системе ОМС</b>																			
2.1.	Число экспертиз качества медицинской помощи в расчете на 1000 застрахованных, проведенных	0,12	0,41	10,00	0,05	6,36	0,02	0,47	2,49	0,39	0,12	0,28	1,73	5,15	0,24	0,82	4,67	0,78	1,85

Наименование показателя		Астраханская область	Белгородская область	Владимирская область	Вологодская область	Калининградская область	Калужская область	Краснодарский край	Ленинградская область	Нижегородская область	Пермский край	Ростовская область	Самарская область	Свердловская область	г. Санкт-Петербург	Тверская область	Томская область	Тюменская область	Хабаровский край
	штатными и внештатными специалистами страховых медицинских организаций.																		
2.2.	Число выявленных нарушений на 100 экспертиз качества медицинской помощи, проведенных штатными и внештатными специалистами страховых медицинских организаций.	1,65	0,11	0,06	5,52	0,04	8,61	0,41	0,04	5,11	0,83	3,50	0,09	0,06	0,07	0,41	0,07	0,17	0,13
2.3.	Доля граждан, обеспеченных страховым медицинским полисом ОМС, %.	9,94	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	9,92	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	9,98	10,00	10,00	9,53
2.4.	Доля спорных случаев по жалобам застрахованных, разрешенных в досудебном порядке с участием страховых	9,68	10,00	9,92	10,00	10,00	10,00	9,95	9,89	10,00	10,00	9,95	9,97	9,88	9,94	10,00	9,97	9,91	9,89

Наименование показателя		Астраханская область	Белгородская область	Владимирская область	Вологодская область	Калининградская область	Калужская область	Краснодарский край	Ленинградская область	Нижегородская область	Пермский край	Ростовская область	Самарская область	Свердловская область	г. Санкт-Петербург	Тверская область	Томская область	Тюменская область	Хабаровский край
	медицинских организаций, от общего числа спорных случаев, %.																		
2.5.	Доля случаев, которые закончились возмещением, от общего числа удовлетворенных жалоб, %.	1,15	2,17	0,65	3,43	1,07	1,52	0,34	0,52	1,09	3,49	0,26	0,84	1,40	0,70	10,00	2,54	4,49	0,84
<b>3. Организация предоставления медицинской помощи застрахованным</b>																			
3.1.	Доля финансирования амбулаторно-поликлинической помощи в общем объеме финансирования территориальной программы ОМС, %	8,86	8,80	9,56	6,57	6,99	8,61	7,26	8,56	6,62	8,94	7,88	10,00	7,80	9,97	7,54	8,35	6,64	7,85
3.2.	Число пациенто-дней в дневном стационаре по отношению к числу койко-дней в круглосуточном стационаре в системе ОМС, %	5,94	10,00	5,30	5,72	4,79	5,99	7,06	6,29	4,58	6,30	4,74	5,87	5,80	3,16	4,82	5,63	4,66	5,94

Наименование показателя		Астраханская область	Белгородская область	Владимирская область	Вологодская область	Калининградская область	Калужская область	Краснодарский край	Ленинградская область	Нижегородская область	Пермский край	Ростовская область	Самарская область	Свердловская область	г. Санкт-Петербург	Тверская область	Томская область	Тюменская область	Хабаровский край
3.3.	Число койко-дней стационарной помощи на одного застрахованного в системе ОМС	6,31	5,01	3,99	2,11	7,09	4,53	5,21	4,34	0,00	5,92	4,94	6,19	5,94	10,00	2,99	5,71	2,35	7,25
3.4.	Число вызовов скорой медицинской помощи на 1000 жителей субъекта РФ	0,00	6,90	5,28	2,75	5,56	6,46	4,08	7,27	5,67	5,59	2,80	9,48	6,96	4,63	3,12	4,58	5,14	1,38
3.5.	Число впервые выявленных заболеваний по результатам проведения дополнительной диспансеризации на 1000 работающих граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию	6,71	5,87	7,44	6,18	5,95	6,21	5,41	7,74	6,35	7,41	2,81	6,15	7,45	7,03	10,00	7,46	6,37	3,77
3.6.	Доля повторных госпитализаций по поводу одного и того же заболевания в течение квартала после госпитализации, %;	3,94	7,48	3,75	5,52	5,55	7,11	6,15	0,37	7,17	5,91	0,00	5,81	10,00	1,07	4,13	9,23	5,73	5,01

Наименование показателя		Астраханская область	Белгородская область	Владимирская область	Вологодская область	Калининградская область	Калужская область	Краснодарский край	Ленинградская область	Нижегородская область	Пермский край	Ростовская область	Самарская область	Свердловская область	г. Санкт-Петербург	Тверская область	Томская область	Тюменская область	Хабаровский край
<b>4. Переход на одноканальное финансирование системы здравоохранения за счет средств ОМС</b>																			
4.1.	Доля средств ОМС в общем объеме финансирования здравоохранения субъекта Российской Федерации из бюджетов всех уровней и средств ОМС, %	5,17	5,55	8,35	7,24	7,83	6,66	6,23	6,63	6,83	6,80	7,25	6,42	5,12	4,81	6,28	8,46	10,00	5,95
4.2.	Доля медицинских организаций, работающих в системе ОМС, которым возмещаются затраты за оказанную медицинскую помощь за счет средств ОМС более чем по пяти статьям расходов (оплата труда, начисления на оплату труда, приобретение мягкого инвентаря и обмундирования приобретение продуктов питания,	0,00	0,00	9,10	1,20	7,88	10,00	9,20	9,26	9,39	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8,89	10,00	0,00

Наименование показателя		Астраханская область	Белгородская область	Владимирская область	Вологодская область	Калининградская область	Калужская область	Краснодарский край	Ленинградская область	Нижегородская область	Пермский край	Ростовская область	Самарская область	Свердловская область	г. Санкт-Петербург	Тверская область	Томская область	Тюменская область	Хабаровский край
	приобретение медикаментов и перевязочных средств), %																		

### 5. Управление средствами ОМС

5.1.	Средневзвешенное отклонение фактических расходов страховых медицинских организаций и поступлений средств на основе дифференцированного подушевого норматива финансирования страховых медицинских организаций, %.	0,00	9,51	9,94	5,44	9,21	8,88	0,00	2,04	5,50	8,46	8,20	9,45	5,32	9,38	9,54	7,96	10,00	8,77
5.2.	Доля средств НСЗ ТФОМС, которая направляется непосредственно в ЛПУ, %	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	0,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
5.3.	Коэффициент роста невосстановленных	7,91	8,04	8,04	10,00	8,05	6,75	8,08	8,03	9,76	0,00	5,43	8,31	7,99	7,88	7,92	7,83	8,69	3,24



	средств ОМС, %																		
Наименование показателя		Астраханская область	Белгородская область	Владимирская область	Вологодская область	Калининградская область	Калужская область	Краснодарский край	Ленинградская область	Нижегородская область	Пермский край	Ростовская область	Самарская область	Свердловская область	г. Санкт-Петербург	Тверская область	Томская область	Тюменская область	Хабаровский край

**7.3. Расчетные значения показателей оценки эффективности функционирования систем ОМС субъектов РФ по десятибалльной шкале с применением весовых коэффициентов**

Наименование показателя		Весовые коэффициенты	Астраханская область	Белгородская область	Владимирская область	Вологодская область	Калининградская область	Калужская область	Краснодарский край	Ленинградская область	Нижегородская область	Пермский край	Ростовская область	Самарская область	Свердловская область	г. Санкт-Петербург	Тверская область	Томская область	Тюменская область	Хабаровский край	Челябинская область	Чувашская Республика
<b>1. Оплата медицинской помощи в системе ОМС 0,15</b>																						
<b>1.1.</b>	Доля амбулаторно-поликлинических учреждений, финансируемых с использованием системы фондодержания, в общем числе амбулаторно-поликлинических учреждений, имеющих прикрепленное население, %	<b>0,2</b>	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	2,00	0,00	0,07	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,73	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>1.2.</b>	Доля амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения, работающих в системе ОМС, для которых предусмотрена	<b>0,2</b>	0,00	0,26	0,56	2,00	0,00	2,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00

Наименование показателя		Весовые коэффициенты																				
			Астраханская область	Белгородская область	Владимирская область	Вологодская область	Калининградская область	Калужская область	Краснодарский край	Ленинградская область	Нижегородская область	Пермский край	Ростовская область	Самарская область	Свердловская область	г. Санкт-Петербург	Тверская область	Томская область	Тюменская область	Хабаровский край	Челябинская область	Чувашская Республика
	система экономического стимулирования в соответствии с утвержденной системой показателей, в общем числе амбулаторно-поликлинических учреждений, имеющих прикрепленное население, %																					
1.3.	Превышение фактических объемов оплаченной стационарной помощи над объемами стационарной помощи, установленными территориальной программой ОМС, %	0,6	1,15	3,56	2,05	4,48	4,39	3,69	3,91	0,89	2,10	3,28	3,47	4,47	1,97	4,69	3,43	6,00	4,81	4,63	3,87	0,00
<b>Средневзвешенная оценка по разделу 1</b>			1,15	3,82	2,61	6,48	6,39	7,69	3,91	2,95	2,10	5,28	3,47	4,47	1,97	4,69	3,43	7,73	6,81	4,63	3,87	0,00
<b>2. Защита прав</b>		0,2																				

Наименование показателя		Весовые коэффициенты	Регионы																			
			Астраханская область	Белгородская область	Владимирская область	Вологодская область	Калининградская область	Калужская область	Краснодарский край	Ленинградская область	Нижегородская область	Пермский край	Ростовская область	Самарская область	Свердловская область	г. Санкт-Петербург	Тверская область	Томская область	Тюменская область	Хабаровский край	Челябинская область	Чувашская Республика
<b>застрахованных в системе ОМС</b>																						
2.1.	Число экспертиз качества медицинской помощи в расчете на 1000 застрахованных, проведенных штатными и внештатными специалистами страховых медицинских организаций.	0,15	0,02	0,06	1,50	0,01	0,95	0,00	0,07	0,37	0,06	0,02	0,04	0,26	0,77	0,04	0,12	0,70	0,12	0,28	0,41	0,03
2.2.	Число выявленных нарушений на 100 экспертиз качества медицинской помощи, проведенных штатными и внештатными специалистами страховых медицинских организаций.	0,15	0,25	0,02	0,01	0,83	0,01	1,29	0,06	0,01	0,77	0,12	0,53	0,01	0,01	0,01	0,06	0,01	0,03	0,02	0,01	1,50
2.3.	Доля граждан, обеспеченных страховым медицинским полисом	0,1	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,95	0,95	1,00

Наименование показателя		Весовые коэффициенты	Астраханская область	Белгородская область	Владимирская область	Вологодская область	Калининградская область	Калужская область	Краснодарский край	Ленинградская область	Нижегородская область	Пермский край	Ростовская область	Самарская область	Свердловская область	г. Санкт-Петербург	Тверская область	Томская область	Тюменская область	Хабаровский край	Челябинская область	Чувашская Республика
	ОМС, %.																					
2.4.	Доля спорных случаев по жалобам застрахованных, разрешенных в досудебном порядке, от общего числа спорных случаев, %.	0,3	2,90	3,00	2,98	3,00	3,00	3,00	2,98	2,97	3,00	3,00	2,98	2,99	2,96	2,98	3,00	2,99	2,97	2,97	2,98	3,00
2.5.	Доля случаев, которые закончились материальным возмещением, от общего числа удовлетворенных жалоб, %.	0,3	0,34	0,65	0,20	1,03	0,32	0,46	0,10	0,16	0,33	1,05	0,08	0,25	0,42	0,21	3,00	0,76	1,35	0,25	0,10	0,31
<b>Средневзвешенная оценка по разделу 2</b>			<b>4,51</b>	<b>4,73</b>	<b>5,68</b>	<b>5,86</b>	<b>5,28</b>	<b>5,75</b>	<b>4,21</b>	<b>4,50</b>	<b>5,15</b>	<b>5,19</b>	<b>4,63</b>	<b>4,52</b>	<b>5,16</b>	<b>4,24</b>	<b>7,18</b>	<b>5,46</b>	<b>5,46</b>	<b>4,47</b>	<b>4,44</b>	<b>5,84</b>
<b>3. Организация предоставления медицинской помощи застрахованным</b>		<b>0,4</b>																				
3.1.	Доля финансирования амбулаторно-поликлинической помощи в общем объеме	0,15	1,33	1,32	1,43	0,99	1,05	1,29	1,09	1,28	0,99	1,34	1,18	1,50	1,17	1,50	1,13	1,25	1,00	1,18	1,38	1,04

Наименование показателя		Весовые коэффициенты	Астраханская область	Белгородская область	Владимирская область	Вологодская область	Калининградская область	Калужская область	Краснодарский край	Ленинградская область	Нижегородская область	Пермский край	Ростовская область	Самарская область	Свердловская область	г. Санкт-Петербург	Тверская область	Томская область	Тюменская область	Хабаровский край	Челябинская область	Чувашская Республика
	финансирования территориальной программы ОМС, %																					
3.2.	Число пациенто-дней в дневном стационаре по отношению к числу койко-дней в круглосуточном стационаре в системе ОМС, %	0,15	0,89	1,50	0,79	0,86	0,72	0,90	1,06	0,94	0,69	0,95	0,71	0,88	0,87	0,47	0,72	0,84	0,70	0,89	1,10	0,83
3.3.	Число койко-дней стационарной помощи на одного застрахованного в системе ОМС	0,2	1,26	1,00	0,80	0,42	1,42	0,91	1,04	0,87	0,00	1,18	0,99	1,24	1,19	2,00	0,60	1,14	0,47	1,45	1,13	0,77
3.4.	Число вызовов скорой медицинской помощи на 1000 жителей субъекта РФ	0,2	0,00	1,38	1,06	0,55	1,11	1,29	0,82	1,45	1,13	1,12	0,56	1,90	1,39	0,93	0,62	0,92	1,03	0,28	1,44	2,00
3.5.	Число впервые выявленных заболеваний по результатам проведения дополнительной диспансеризации на 1000 работающих	0,15	1,01	0,88	1,12	0,93	0,89	0,93	0,81	1,16	0,95	1,11	0,42	0,92	1,12	1,05	1,50	1,12	0,95	0,57	1,02	1,02

Наименование показателя		Весовые коэффициенты	Астраханская область	Белгородская область	Владимирская область	Вологодская область	Калининградская область	Калужская область	Краснодарский край	Ленинградская область	Нижегородская область	Пермский край	Ростовская область	Самарская область	Свердловская область	г. Санкт-Петербург	Тверская область	Томская область	Тюменская область	Хабаровский край	Челябинская область	Чувашская Республика
	граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию																					
3.6.	Доля повторных госпитализаций по поводу одного и того же заболевания в течение квартала после госпитализации, %;	0,15	0,59	1,12	0,56	0,83	0,83	1,07	0,92	0,06	1,08	0,89	0,00	0,87	1,50	0,16	0,62	1,38	0,86	0,75	0,00	1,11
Средневзвешенная оценка по разделу 3			5,08	7,21	5,76	4,57	6,02	6,39	5,74	5,77	4,84	6,59	3,86	7,31	7,24	6,11	5,20	6,66	5,01	5,11	6,07	6,77
4. Переход на одноканальное финансирование системы здравоохранения за счет средств ОМС		0,15																				
4.1.	Доля средств ОМС в общем объеме финансирования здравоохранения субъекта Российской Федерации из бюджетов всех уровней и средств ОМС, %	0,7	3,62	3,89	5,85	5,07	5,48	4,66	4,36	4,64	4,78	4,76	5,08	4,49	3,59	3,37	4,40	5,92	7,00	4,17	3,84	4,93

Наименование показателя		Весовые коэффициенты	Регионы																			
			Астраханская область	Белгородская область	Владимирская область	Вологодская область	Калининградская область	Калужская область	Краснодарский край	Ленинградская область	Нижегородская область	Пермский край	Ростовская область	Самарская область	Свердловская область	г. Санкт-Петербург	Тверская область	Томская область	Тюменская область	Хабаровский край	Челябинская область	Чувашская Республика
4.2.	Доля медицинских организаций, работающих в системе ОМС, которым возмещаются затраты за оказанную медицинскую помощь за счет средств ОМС более чем по пяти статьям расходов (оплата труда, начисления на оплату труда, приобретение мягкого инвентаря и обмундирования, приобретение продуктов питания, приобретение медикаментов и перевязочных средств), %	0,3	0,00	0,00	2,73	0,36	2,36	3,00	2,76	2,78	2,82	3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,67	3,00	0,00	0,00	0,00
<b>Средневзвешенная оценка по разделу 4</b>			3,62	3,89	8,58	5,43	7,85	7,66	7,12	7,42	7,59	7,76	5,08	4,49	3,59	3,37	4,40	8,59	10,00	4,17	3,84	4,93
<b>5. Управление средствами ОМС</b>		0,1																				



Наименование показателя		Весовые коэффициенты	Регионы																			
			Астраханская область	Белгородская область	Владимирская область	Вологодская область	Калининградская область	Калужская область	Краснодарский край	Ленинградская область	Нижегородская область	Пермский край	Ростовская область	Самарская область	Свердловская область	г. Санкт-Петербург	Тверская область	Томская область	Тюменская область	Хабаровский край	Челябинская область	Чувашская Республика
5.1.	Средневзвешенное отклонение фактических расходов страховых медицинских организаций и поступлений средств на основе дифференцированного подушевого норматива финансирования страховых медицинских организаций, %.	0,6	0,00	5,71	5,96	3,27	5,52	5,33	0,00	1,22	3,30	5,08	4,92	5,67	3,19	5,63	5,72	4,78	6,00	5,26	3,42	4,76
5.2.	Доля средств НСЗ ТФОМС, которая направляется непосредственно в ЛПУ, %	0,1	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
5.3.	Коэффициент роста невосстановленных средств ОМС, %	0,3	2,37	2,41	2,41	3,00	2,42	2,03	2,42	2,41	2,93	0,00	1,63	2,49	2,40	2,36	2,38	2,35	2,61	0,97	2,81	0,70
<b>Средневзвешенная оценка по разделу 4</b>			<b>3,37</b>	<b>9,12</b>	<b>9,38</b>	<b>7,27</b>	<b>8,94</b>	<b>8,35</b>	<b>3,42</b>	<b>4,63</b>	<b>7,23</b>	<b>6,08</b>	<b>7,55</b>	<b>8,16</b>	<b>6,59</b>	<b>8,99</b>	<b>9,10</b>	<b>8,12</b>	<b>9,61</b>	<b>7,24</b>	<b>7,22</b>	<b>6,40</b>

Наименование показателя	Весовые коэффициенты	Астраханская область	Белгородская область	Владимирская область	Вологодская область	Калининградская область	Калужская область	Краснодарский край	Ленинградская область	Нижегородская область	Пермский край	Ростовская область	Самарская область	Свердловская область	г. Санкт-Петербург	Тверская область	Томская область	Тюменская область	Хабаровский край	Челябинская область	Чувашская Республика
<b>Интегральная оценка</b>		3,99	5,90	6,06	5,51	6,49	6,84	5,13	5,23	5,15	6,24	4,51	5,99	5,42	5,40	5,60	7,02	6,58	4,98	5,19	5,20

**7.4. Расчет значения показателя «Доля амбулаторно-поликлинических учреждений, финансируемых с использованием системы фондодержания, в общем числе амбулаторно-поликлинических учреждений, имеющих прикрепленное население»**

	Доля амбулаторно-поликлинических учреждений, финансируемых с использованием системы фондодержания, в общем числе амбулаторно-поликлинических учреждений, имеющих прикрепленное население, %	Количество амбулаторно-поликлинических учреждений, имеющих прикрепленное население, всего	Количество амбулаторно-поликлинических учреждений, финансируемых с использованием системы фондодержания	Оценка по десяти балльной шкале
<b>Источник информации</b>	-	Анкета № 1, строка № 3	Анкета № 1, строка № 3.2	
<b>Единица измерения</b>	%	шт.	шт.	
<b>Период, за который получено значение показателя</b>	-	январь – июнь 2009 г.	январь – июнь 2009 г.	
Астраханская область	0,00%	38	0	0,00
Белгородская область	0,00%	38	0	0,00
Владимирская область	0,00%	86	0	0,00
Вологодская область	0,00%	45	0	0,00
Калининградская область	100,00%	42	42	10,00
Калужская область	100,00%	37	37	10,00
Краснодарский край	0,00%	397	0	0,00
Ленинградская область	3,28%	61	2	0,33
Нижегородская область	0,00%	362	0	0,00
Пермский край	100,00%	123	123	10,00
Ростовская область	0,00%	129	0	0,00
Самарская область	0,00%	78	0	0,00
Свердловская область	0,00%	124	0	0,00
г. Санкт-Петербург	0,00%	152	0	0,00
Тверская область	0,00%	97	0	0,00
Томская область	86,27%	51	44	8,63
Тюменская область	0,00%	44	0	0,00

Хабаровский край	0,00%	83	0	0,00
Челябинская область	0,00%	269	0	0,00
Чувашская Республика	0,00%	239	0	0,00
максимальное значение	100,00%			10,00

**7.5. Расчет значения показателя «Доля амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения, работающих в системе ОМС, для которых предусмотрена система экономического стимулирования в соответствии с утвержденной системой показателей, в общем числе амбулаторно-поликлинических учреждений, имеющих прикрепленное население»**

	Доля амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения, работающих в системе ОМС, для которых предусмотрена система экономического стимулирования в соответствии с утвержденной системой показателей, в общем числе амбулаторно-поликлинических учреждений, имеющих прикрепленное население, %	Количество амбулаторно-поликлинических учреждений, имеющих прикрепленное население, всего	Количество амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения, работающих в системе ОМС, для которых предусмотрена система экономического стимулирования в соответствии с утвержденной системой показателей	Оценка по десяти балльной шкале
<b>Источник информации</b>	-	Анкета № 2, строка № 3	Анкета № 2, строка № 3.2	
<b>Единица измерения</b>	%	шт.	шт.	
<b>Период, за который получено значение показателя</b>	-	январь – июнь 2009 г.	январь – июнь 2009 г.	
Астраханская область	0,00%	38	0	0,00
Белгородская область	13,16%	38	5	1,32
Владимирская область	27,91%	86	24	2,79
Вологодская область	100,00%	45	45	10,00
Калининградская область	0,00%	42	0	0,00
Калужская область	100,00%	37	37	10,00
Краснодарский край	0,00%	397	0	0,00
Ленинградская область	100,00%	61	61	10,00
Нижегородская область	0,00%	362	0	0,00
Пермский край	0,00%	123	0	0,00
Ростовская область	0,00%	129	0	0,00
Самарская область	0,00%	78	0	0,00
Свердловская область	0,00%	124	0	0,00

г. Санкт-Петербург	0,00%	152	0	0,00
Тверская область	0,00%	97	0	0,00
Томская область	0,00%	12	0	0,00
Тюменская область	100,00%	44	44	10,00
Хабаровский край	0,00%	83	0	0,00
Челябинская область	0,00%	32	0	0,00
Чувашская Республика	0,00%	7	0	0,00
максимальное значение	100,00%			10,00

**7.6. Расчет значения показателя «Превышение фактических объемов оплаченной стационарной помощи над объемами стационарной помощи, установленными территориальной программой ОМС»**

	Превышение фактических объемов оплаченной стационарной помощи над объемами стационарной помощи, установленными территориальной программой ОМС, %	Объем стационарной помощи, установленной территориальной программой ОМС	Фактический объем оплаченной стационарной помощи	Модуль разницы между значением и максимальным значением	Оценка по десяти балльной шкале
<b>Источник информации</b>	-	Отраслевая отчетная форма N 62, строка № 8	Отраслевая отчетная форма N 62, строка № 8		
<b>Единица измерения</b>	%	койко-дни	койко-дни		
<b>Период, за который получено значение показателя</b>	-	2008 год	2008 год		
Астраханская область	106,88%	1 703 780,00	1 821 075,00	3,42%	1,91
Белгородская область	99,70%	2 983 003,00	2 974 094,00	10,61%	5,93
Владимирская область	104,18%	2 710 958,00	2 824 371,00	6,13%	3,42
Вологодская область	96,95%	1 144 026 800,00	1 109 189 031,00	13,35%	7,46
Калининградская область	97,21%	1 742 199,00	1 693 533,00	13,10%	7,32
Калужская область	99,31%	2 136 274,00	2 121 557,00	11,00%	6,14
Краснодарский край	98,64%	9 639 839,00	9 508 751,00	11,67%	6,52
Ленинградская область	107,66%	2 587 120,00	2 785 204,00	2,65%	1,48
Нижегородская	104,03%	8 024 009,00	8 347 612,00	6,28%	3,51

область					
Пермский край	100,53%	5 405 817,00	5 434 322,00	9,78%	5,46
Ростовская область	99,96%	8 509 196,00	8 505 744,00	10,35%	5,78
Самарская область	96,99%	6 462 520,00	6 267 687,00	13,32%	7,44
Свердловская область	104,44%	8 877 000,00	9 270 772,00	5,87%	3,28
г. Санкт-Петербург	96,33%	7 935 575,00	7 644 161,00	13,98%	7,81
Тверская область	100,08%	2 982 439,00	2 984 907,00	10,23%	5,71
Томская область	92,41%	2 112 982,00	1 952 574,00	17,90%	10,00
Тюменская область	95,97%	3 400 288,00	3 263 236,00	14,34%	8,01
Хабаровский край	96,49%	2 629 843,00	2 537 481,00	13,82%	7,72
Челябинская область	98,78%	6 962 472,00	6 877 260,00	11,53%	6,44
Чувашская Республика	110,31%	2 511 639,00	2 770 560,00	0,00%	0,00
максимальное значение	110,31%			17,90%	10,00



**7.7. Расчет значения показателя «Число экспертиз качества медицинской помощи в расчете на 1000 застрахованных, проведенных штатными и внештатными специалистами страховых медицинских организаций»**

	Число экспертиз качества медицинской помощи в расчете на 1000 застрахованных, проведенных штатными и внештатными специалистами страховых медицинских организаций.	Число экспертиз качества медицинской помощи, проведенных штатными и внештатными специалистами страховых медицинских организаций.	Количество застрахованных	Оценка по десяти балльной шкале
<b>Источник информации</b>	-	Форма №ПГ, таблица № 3.3, строка № 1; таблица № 3.4, строка № 1	Форма N 8	
<b>Единица измерения</b>	шт.	шт.	чел.	
<b>Период, за который получено значение показателя</b>	-	январь – июнь 2009 г.	январь – июнь 2009 г.	
Астраханская область	0,49	468	955 300	0,12
Белгородская область	1,69	2 430	1 440 500	0,41
Владимирская область	40,82	52 660	1 290 200	10,00
Вологодская область	0,21	258	1 219 800	0,05
Калининградская область	25,95	24 273	935 200	6,36
Калужская область	0,08	77	999 000	0,02
Краснодарский край	1,92	8 945	4 660 800	0,47
Ленинградская область	10,18	13 201	1 297 000	2,49
Нижегородская область	1,60	4 993	3 117 400	0,39
Пермский край	0,47	1317	2 781 600	0,12
Ростовская область	1,14	4 664	4 103 300	0,28
Самарская область	7,05	23 011	3 263 400	1,73
Свердловская область	21,03	99 893	4 749 900	5,15
г. Санкт-Петербург	0,99	5 214	5 255 300	0,24
Тверская область	3,34	4 308	1 290 800	0,82
Томская область	19,06	18 803	986 500	4,67
Тюменская область	3,20	4 371	1 365 300	0,78
Хабаровский край	7,55	10 699	1 416 600	1,85
Челябинская область	11,04	38 187	3 460 300	2,70

Чувашская Республика	0,89	1117	1 255 600	0,22
максимальное значение	40,82			10,00

**7.8. Расчет значения показателя «Число выявленных нарушений на 100 экспертиз качества медицинской помощи, проведенных штатными и внештатными специалистами страховых медицинских организаций»**

	Число выявленных нарушений на 100 экспертиз качества медицинской помощи, проведенных штатными и внештатными специалистами страховых медицинских организаций.	Число выявленных нарушений условий договора и ненадлежащего КМП	Количество ЭКМП, проведенных штатными и внештатными специалистами страховых медицинских организаций.	Оценка по десяти балльной шкале
<b>Источник информации</b>	-	Форма №ПГ, таблица № 3.3, строка № 5; таблица № 3.4, строка № 5	Форма №ПГ, таблица № 3.3, строка № 1; таблица № 3.4, строка № 1	
<b>Единица измерения</b>	шт.	шт.	шт.	
<b>Период, за который получено значение показателя</b>	-	январь – июнь 2009 г.	январь – июнь 2009 г.	
Астраханская область	760,04	3 557	468	1,65
Белгородская область	50,25	1 221	2 430	0,11
Владимирская область	27,23	14 338	52 660	0,06
Вологодская область	2537,21	6 546	258	5,52
Калининградская область	20,24	4 913	24 273	0,04
Калужская область	3957,14	3 047	77	8,61
Краснодарский край	190,55	17 045	8 945	0,41
Ленинградская область	18,26	2 410	13 201	0,04
Нижегородская область	2348,19	117 245	4 993	5,11
Пермский край	381,55	5 025	1 317	0,83
Ростовская область	1611,26	75 149	4 664	3,50
Самарская область	42,93	9 879	23 011	0,09
Свердловская область	29,87	29 843	99 893	0,06
г. Санкт-Петербург	32,66	1 703	5 214	0,07
Тверская область	190,76	8 218	4 308	0,41
Томская область	33,01	6 206	18 803	0,07
Тюменская область	78,01	3 410	4 371	0,17
Хабаровский край	58,72	6 282	10 699	0,13

Челябинская область	21,65	8 268	38 187	0,05
Чувашская Республика	4597,14	51 350	1 117	10,00
максимальное значение	4597,14			10,00

**7.9. Расчет значения показателя «Доля повторных госпитализаций по поводу одного и того же заболевания в течение квартала после госпитализации»**

	Доля повторных госпитализаций по поводу одного и того же заболевания в течение квартала после госпитализации, %	Количество госпитализаций в стационарные учреждения здравоохранения субъекта РФ в отчетном периоде	Количество повторных госпитализаций в стационарные учреждения здравоохранения по поводу одного и того же заболевания в течение квартала после госпитализации в отчетном периоде	Модуль разницы между значением и максимальным значением	Оценка по десяти балльной шкале
<b>Источник информации</b>	-	Анкета № 5, строка № 1	Анкета № 5, строка № 2		
<b>Единица измерения</b>	%	шт.	шт.		
<b>Период, за который получено значение показателя</b>	-	январь – июнь 2009 г.	январь – июнь 2009 г.		
Астраханская область	4,09%	90 529	3 700	2,66%	3,94
Белгородская область	1,70%	137 989	2 346	5,05%	7,48
Владимирская область	4,22%	160 627	6 780	2,53%	3,75
Вологодская область	3,02%	137 481	4 154	3,73%	5,52
Калининградская область	3,01%	88 838	2 670	3,74%	5,55
Калужская область	1,95%	108 698	2 123	4,80%	7,11
Краснодарский край	2,60%	674 815	17 542	4,15%	6,15
Ленинградская область	6,50%	143 997	9 359	0,25%	0,37

область					
Нижегородская область	1,91%	302 527	5 771	4,84%	7,17
Пермский край	2,76%	252 796	6 974	3,99%	5,91
Ростовская область	-	377 057	нет данных	-	0,00
Самарская область	2,83%	305 185	8 632	3,92%	5,81
Свердловская область	0,00%	413 929	0	6,75%	10,00
г. Санкт-Петербург	6,03%	512 936	30 906	0,72%	1,07
Тверская область	3,96%	151 113	5 984	2,79%	4,13
Томская область	0,52%	105 862	553	6,23%	9,23
Тюменская область	2,88%	125 781	3 625	3,87%	5,73
Хабаровский край	3,37%	128 978	4 347	3,38%	5,01
Челябинская область	6,75%	424 731	28 668	0,00%	0,00
Чувашская Республика	1,75%	141 358	2 469	5,00%	7,41
максимальное значение	6,75%			6,75%	10,00

7.10. Расчет значения показателя «Доля граждан, обеспеченных страховым медицинским полисом ОМС»

	Доля граждан, обеспеченных страховым медицинским полисом ОМС, %.	Численность граждан, застрахованных согласно спискам к договорам ОМС	Численность граждан, обеспеченных страховым медицинским полисом ОМС	Оценка по десяти балльной шкале
<b>Источник информации</b>	-	Форма N 8	Форма N 8	
<b>Единица измерения</b>	%	чел.	чел.	
<b>Период, за который получено значение показателя</b>	-	на 1 июля 2009 года	на 1 июля 2009 года	
Астраханская область	99,36%	955 300	949 200	9,9
Белгородская область	100,00%	1 440 500	1 440 500	10,0
Владимирская область	100,00%	1 290 200	1 290 200	10,0
Вологодская область	100,00%	1 219 800	1 219 800	10,0
Калининградская область	100,00%	935 200	935 200	10,0
Калужская область	100,00%	999 000	999 000	10,0
Краснодарский край	99,16%	4 660 800	4 621 500	9,9
Ленинградская область	100,00%	1 297 000	1 297 000	10,0
Нижегородская область	99,96%	3 117 400	3 116 200	10,0
Пермский край	100,00%	2 781 600	2 781 600	10,0
Ростовская область	100,00%	4 103 300	4 103 300	10,0
Самарская область	100,00%	3 263 400	3 263 400	10,0
Свердловская область	100,00%	4 749 900	4 749 900	10,0
г. Санкт-Петербург	100,00%	5 255 300	5 255 300	10,0
Тверская область	99,81%	1 290 800	1 288 400	10,0
Томская область	100,00%	986 500	986 500	10,0
Тюменская область	100,00%	1 365 300	1 365 300	10,0
Хабаровский край	95,33%	1 416 600	1 350 500	9,5
Челябинская область	94,72%	3 460 300	3 277 492	9,5
Чувашская Республика	100,00%	1 255 600	1 255 600	10,0
<b>максимальное значение</b>	<b>100,00%</b>			<b>10,00</b>





**7.11. Расчет значения показателя «Доля спорных случаев по жалобам застрахованных, разрешенных в досудебном порядке с участием страховых медицинских организаций, от общего числа спорных случаев»**

	Доля спорных случаев по жалобам застрахованных, разрешенных в досудебном порядке с участием страховых медицинских организаций, от общего числа спорных случаев, %.	Общее количество спорных случаев	Количество спорных случаев по жалобам застрахованных, разрешенных в досудебном порядке с участием СМО	Оценка по десяти балльной шкале
<b>Источник информации</b>	-	Форма №ПГ, таблица № 2.2, строка № 6	Форма №ПГ, таблица № 2.1, строка № 3	
<b>Единица измерения</b>	%	шт.	шт.	
<b>Период, за который получено значение показателя</b>	-	январь – июнь 2009 г.	январь – июнь 2009 г.	
Астраханская область	96,81%	94	91	9,68
Белгородская область	100,00%	118	118	10,00
Владимирская область	99,24%	132	131	9,92
Вологодская область	100,00%	28	28	10,00
Калининградская область	100,00%	10	10	10,00
Калужская область	100,00%	49	49	10,00
Краснодарский край	99,45%	729	725	9,95
Ленинградская область	98,92%	185	183	9,89
Нижегородская область	100,00%	176	176	10,00
Пермский край	100,00%	328	328	10,00
Ростовская область	99,49%	789	785	9,95
Самарская область	99,75%	790	788	9,97
Свердловская область	98,77%	324	320	9,88
г. Санкт-Петербург	99,41%	2 547	2 532	9,94
Тверская область	100,00%	438	438	10,00
Томская область	99,66%	590	588	9,97
Тюменская область	99,11%	225	223	9,91
Хабаровский край	98,92%	279	276	9,89
Челябинская область	99,32%	294	292	9,93

Чувашская Республика	100,00%	103	103	10,00
максимальное значение	100,00%			10,00

**7.12. Расчет значения показателя «Доля случаев, которые закончились материальным возмещением, от общего числа удовлетворенных жалоб»**

	Доля случаев, которые закончились материальным возмещением, от общего числа удовлетворенных жалоб, %.	Общее количество удовлетворенных жалоб	Количество случаев, которые закончились материальным возмещением	Оценка по десяти балльной шкале
<b>Источник информации</b>	-	Форма №ПГ, таблица № 2.1, строка № 3; таблица № 2.2, строка № 6	Форма №ПГ, таблица № 2.1, строка № 3; таблица № 2.2, строка № 6	
<b>Единица измерения</b>	%	шт.	шт.	
<b>Период, за который получено значение показателя</b>	-	январь – июнь 2009 г.	январь – июнь 2009 г.	
Астраханская область	10,75%	93	10	1,15
Белгородская область	20,34%	118	24	2,17
Владимирская область	6,11%	131	8	0,65
Вологодская область	32,14%	28	9	3,43
Калининградская область	10,00%	10	1	1,07
Калужская область	14,29%	49	7	1,52
Краснодарский край	3,18%	723	23	0,34
Ленинградская область	4,89%	184	9	0,52
Нижегородская область	10,23%	176	18	1,09
Пермский край	32,72%	327	107	3,49
Ростовская область	2,42%	785	19	0,26
Самарская область	7,89%	786	62	0,84
Свердловская область	13,10%	313	41	1,40
г. Санкт-Петербург	6,53%	2 528	165	0,70
Тверская область	93,84%	438	411	10,00
Томская область	23,82%	529	126	2,54
Тюменская область	42,15%	223	94	4,49

Хабаровский край	7,89%	279	22	0,84
Челябинская область	3,19%	251	8	0,34
Чувашская Республика	9,71%	103	10	1,03
максимальное значение	93,84%			10,00

**7.13. Расчет значения показателя «Доля финансирования амбулаторно-поликлинической помощи в общем объеме финансирования территориальной программы ОМС»**

	Доля финансирования амбулаторно-поликлинической помощи в общем объеме финансирования территориальной программы ОМС, %	Общий объем финансирования территориальной программы ОМС	Финансирование амбулаторно-поликлинической помощи	Оценка по десяти балльной шкале
<b>Источник информации</b>	-	Форма №62, строка № 1	Форма №62, строка № 7	
<b>Единица измерения</b>	%	руб.	руб.	
<b>Период, за который получено значение показателя</b>	-	2008 год	2008 год	
Астраханская область	38,68%	1 801 283 271,00	696 815 327,00	8,86
Белгородская область	38,42%	3 361 736 925,00	1 291 611 949,00	8,80
Владимирская область	41,76%	4 062 732 227,00	1 696 589 319,00	9,56
Вологодская область	28,68%	3 867 918 977,00	1 109 189 031,00	6,57
Калининградская область	30,53%	2 065 320 938,00	630 583 775,00	6,99
Калужская область	37,60%	2 400 446 877,00	902 454 815,00	8,61
Краснодарский край	31,69%	12 510 348 612,00	3 964 568 414,00	7,26
Ленинградская область	37,38%	4 604 367 891,00	1 721 070 049,00	8,56
Нижегородская область	28,93%	8 159 319 174,00	2 360 189 053,00	6,62
Пермский край	39,05%	8 058 742 558,00	3 146 545 288,00	8,94
Ростовская область	34,42%	10 746 582 950,00	3 699 021 226,00	7,88
Самарская область	43,67%	7 963 724 612,00	3 477 743 818,00	10,00
Свердловская область	34,08%	13 462 117 466,00	4 588 255 313,00	7,80
г. Санкт-Петербург	43,56%	15 229 574 356,00	6 633 742 100,00	9,97
Тверская область	32,92%	2 907 614 125,00	957 276 699,00	7,54
Томская область	36,48%	3 700 885 778,00	1 350 068 820,00	8,35
Тюменская область	28,99%	7 263 758 003,00	2 105 950 540,00	6,64
Хабаровский край	34,30%	4 783 057 905,00	1 640 588 861,00	7,85

Челябинская область	40,24%	8 210 338 110,00	3 303 681 600,00	9,21
Чувашская Республика	30,20%	2 947 806 214,00	890 356 597,00	6,92
максимальное значение	43,67%			10,00

**7.14. Расчет значения показателя «Число пациенто-дней в дневном стационаре по отношению к числу койко-дней в круглосуточном стационаре в системе ОМС»**

	Число пациенто-дней в дневном стационаре по отношению к числу койко-дней в круглосуточном стационаре в системе ОМС, %	Число койко-дней в круглосуточном стационаре в системе ОМС	Число пациенто-дней в дневном стационаре в системе ОМС	Оценка по десяти балльной шкале
<b>Источник информации</b>	-	Форма №62, строка № 8	Форма №62, строка № 11	
<b>Единица измерения</b>	%	койко-дни	пациенто-дни	
<b>Период, за который получено значение показателя</b>	-	2008 год	2008 год	
Астраханская область	24,23%	1 821 075	441 172	5,94
Белгородская область	40,79%	2 974 094	1 213 040	10,00
Владимирская область	21,60%	2 824 371	609 983	5,30
Вологодская область	23,33%	2 950 939	688 369	5,72
Калининградская область	19,55%	1 693 533	331 072	4,79
Калужская область	24,45%	2 121 557	518 643	5,99
Краснодарский край	28,79%	9 508 751	2 737 939	7,06
Ленинградская область	25,67%	2 785 204	714 877	6,29
Нижегородская область	18,68%	8 347 612	1 559 653	4,58
Пермский край	25,71%	5 434 322	1 397 429	6,30
Ростовская область	19,32%	8 505 744	1 643 587	4,74
Самарская область	23,92%	6 267 687	1 499 529	5,87
Свердловская область	23,65%	9 270 772	2 192 262	5,80
г. Санкт-Петербург	12,89%	7 644 161	985 314	3,16
Тверская область	19,66%	2 984 907	586 752	4,82
Томская область	22,95%	1 952 574	448 042	5,63
Тюменская область	19,01%	3 263 236	620 486	4,66
Хабаровский край	24,23%	2 537 481	614 870	5,94

Челябинская область	29,82%	6 877 260	2 051 134	7,31
Чувашская Республика	22,47%	2 770 560	622 498	5,51
максимальное значение	40,79%			10,00



**7.15. Расчет значения показателя «Число койко-дней стационарной помощи на одного застрахованного в системе ОМС»**

	Число койко-дней стационарной помощи на одного застрахованного в системе ОМС	Количество койко-дней стационарной помощи	Количество застрахованных	Модуль разницы между значением и максимальным значением	Оценка по десяти балльной шкале
<b>Источник информации</b>	-	Форма №62, строка № 8	Форма N 8		
<b>Единица измерения</b>		койко-дни	чел.		
<b>Период, за который получено значение показателя</b>	-	2008 год	на 1 июля 2009 года		
Астраханская область	1,91	1 821 075	955 300	0,77	6,31
Белгородская область	2,06	2 974 094	1 440 500	0,61	5,01
Владимирская область	2,19	2 824 371	1 290 200	0,49	3,99
Вологодская область	2,42	2 950 939	1 219 800	0,26	2,11
Калининградская область	1,81	1 693 533	935 200	0,87	7,09
Калужская область	2,12	2 121 557	999 000	0,55	4,53
Краснодарский край	2,04	9 508 751	4 660 800	0,64	5,21
Ленинградская область	2,15	2 785 204	1 297 000	0,53	4,34
Нижегородская область	2,68	8 347 612	3 117 400	0,00	0,00
Пермский край	1,95	5 434 322	2 781 600	0,72	5,92
Ростовская область	2,07	8 505 744	4 103 300	0,60	4,94
Самарская область	1,92	6 267 687	3 263 400	0,76	6,19
Свердловская область	1,95	9 270 772	4 749 900	0,73	5,94
г. Санкт-Петербург	1,45	7 644 161	5 255 300	1,22	10,00
Тверская область	2,31	2 984 907	1 290 800	0,37	2,99
Томская область	1,98	1 952 574	986 500	0,70	5,71
Тюменская область	2,39	3 263 236	1 365 300	0,29	2,35
Хабаровский край	1,79	2 537 481	1 416 600	0,89	7,25
Челябинская область	1,99	6 877 260	3 460 300	0,69	5,64
Чувашская Республика	2,21	2 770 560	1 255 600	0,47	3,85
<b>максимальное значение</b>	<b>2,68</b>			<b>1,22</b>	<b>10,00</b>



**7.16. Расчет значения показателя «Число вызовов скорой медицинской помощи на 1000 жителей субъекта РФ»**

	Число вызовов скорой медицинской помощи на 1000 жителей субъекта РФ	Число вызовов скорой медицинской помощи	Количество жителей субъекта РФ	Модуль разницы между значением и максимальным значением	Оценка по десяти балльной шкале
<b>Источник информации</b>	-	Форма №62, строка № 2	Росстат		
<b>Единица измерения</b>	шт.	шт.	чел.		
<b>Период, за который получено значение показателя</b>	-	2008 год	2008 год		
Астраханская область	450	451 981	1 005 241	0,00	0,00
Белгородская область	316	481 608	1 525 083	133,83	6,90
Владимирская область	347	499 962	1 439 761	102,37	5,28
Вологодская область	396	482 805	1 218 241	53,31	2,75
Калининградская область	342	320 359	937 360	107,86	5,56
Калужская область	324	325 206	1 002 859	125,35	6,46
Краснодарский край	371	1 905 412	5 141 852	79,06	4,08
Ленинградская область	309	503 610	1 631 894	141,02	7,27
Нижегородская область	340	1 134 786	3 340 684	109,94	5,67
Пермский край	341	923 900	2 708 419	108,50	5,59
Ростовская область	395	1 677 233	4 241 821	54,22	2,80
Самарская область	266	842 586	3 171 446	183,95	9,48
Свердловская область	315	1 383 026	4 394 649	134,92	6,96
г. Санкт-Петербург	360	1 648 630	4 581 854	89,81	4,63
Тверская область	389	532 821	1 369 413	60,54	3,12
Томская область	361	374 729	1 038 508	88,79	4,58
Тюменская область	350	1 189 622	3 398 921	99,62	5,14
Хабаровский край	423	592 833	1 401 915	26,75	1,38
Челябинская область	310	1 087 226	3 508 733	139,76	7,21
Чувашская Республика	256	327 089	1 279 359	193,96	10,00
<b>максимальное значение</b>	<b>449,62</b>			<b>193,96</b>	<b>10,00</b>

**7.17. Расчет значения показателя «Число впервые выявленных заболеваний по результатам проведения дополнительной диспансеризации на 1000 работающих граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию»**

	Число впервые выявленных заболеваний по результатам проведения дополнительной диспансеризации на 1000 работающих граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию	Количество выявленных заболеваний по результатам проведения дополнительной диспансеризации	Количество работающих граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию	Оценка по десяти балльной шкале
<b>Источник информации</b>	-	Форма N 2-ДД, таблица 3001, кол. № 3	Форма N 2-ДД, таблица 2001, кол. № 5	
<b>Единица измерения</b>	шт.	шт.	чел.	
<b>Период, за который получено значение показателя</b>	-	декабрь 2008 года	декабрь 2008 года	
Астраханская область	777,55	35 642	45 839	6,71
Белгородская область	680,74	42 675	62 689	5,87
Владимирская область	862,30	41 093	47 655	7,44
Вологодская область	717,11	39 619	55 248	6,18
Калининградская область	689,88	8 391	12 163	5,95
Калужская область	720,20	37 666	52 299	6,21
Краснодарский край	626,94	150 949	240 772	5,41
Ленинградская область	896,89	35 012	39 037	7,74
Нижегородская область	736,32	67 751	92 013	6,35
Пермский край	859,43	123 777	144 023	7,41
Ростовская область	325,89	34 350	105 404	2,81
Самарская область	712,71	72 264	101 393	6,15
Свердловская область	863,75	132 312	153 184	7,45
г. Санкт-Петербург	815,07	114 778	140 820	7,03
Тверская область	1 159,45	36 256	31 270	10,00
Томская область	865,50	39 619	45 776	7,46
Тюменская область	738,10	32 097	43 486	6,37
Хабаровский край	437,37	29 430	67 289	3,77
Челябинская область	785,66	98 273	125 084	6,78

Чувашская Республика	788,32	37 622	47 724	6,80
максимальное значение	1159,45			10,00

**7.18. Расчет значения показателя «Доля средств ОМС в общем объеме финансирования здравоохранения субъекта Российской Федерации из бюджетов всех уровней и средств ОМС»**

	Доля средств ОМС в общем объеме финансирования здравоохранения субъекта Российской Федерации из бюджетов всех уровней и средств ОМС, %	Объем финансирования здравоохранения субъекта Российской Федерации из бюджетов всех уровней и средств ОМС	Средства ОМС	Оценка по десяти балльной шкале
<b>Источник информации</b>	-	Форма №62, строка № 1	Форма №62, строка № 1	
<b>Единица измерения</b>	%	руб.	руб.	
<b>Период, за который получено значение показателя</b>	-	2008 год	2008 год	
Астраханская область	40,67%	4 429 207 105,00	1 801 283 271,00	5,17
Белгородская область	43,67%	7 698 893 525,00	3 361 736 925,00	5,55
Владимирская область	65,72%	6 182 307 888,00	4 062 732 227,00	8,35
Вологодская область	56,95%	6 792 065 888,00	3 867 918 977,00	7,24
Калининградская область	61,60%	3 352 710 750,00	2 065 320 938,00	7,83
Калужская область	52,40%	4 580 878 110,00	2 400 446 877,00	6,66
Краснодарский край	49,01%	25 525 173 412,00	12 510 348 612,00	6,23
Ленинградская область	52,13%	8 832 556 942,00	4 604 367 891,00	6,63
Нижегородская область	53,69%	15 196 052 104,00	8 159 319 174,00	6,83
Пермский край	53,52%	15 057 441 762,00	8 058 742 558,00	6,80
Ростовская область	57,03%	18 843 002 948,00	10 746 582 950,00	7,25
Самарская область	50,48%	15 775 046 705,00	7 963 724 612,00	6,42
Свердловская область	40,29%	33 414 893 042,00	13 462 117 466,00	5,12
г. Санкт-Петербург	37,82%	40 263 983 269,00	15 229 574 356,00	4,81
Тверская область	49,41%	5 884 263 357,00	2 907 614 125,00	6,28
Томская область	66,52%	5 563 285 609,00	3 700 885 778,00	8,46
Тюменская область	78,66%	9 234 249 038,00	7 263 758 003,00	10,00
Хабаровский край	46,82%	10 215 275 590,00	4 783 057 905,00	5,95
Челябинская область	43,16%	19 022 360 950,00	8 210 338 110,00	5,49
Чувашская Республика	55,41%	5 320 298 180,00	2 947 806 214,00	7,04
<b>максимальное значение</b>	78,66%			10,00



**7.19. Расчет значения показателя «Доля медицинских организаций, работающих в системе ОМС, которым возмещаются затраты за оказанную медицинскую помощь за счет средств ОМС более чем по пяти статьям расходов (оплата труда, начисления на оплату труда, приобретение мягкого инвентаря и обмундирования приобретение продуктов питания, приобретение медикаментов и перевязочных средств)»**

	Доля медицинских организаций, работающих в системе ОМС, которым возмещаются затраты за оказанную медицинскую помощь за счет средств ОМС более чем по пяти статьям расходов (оплата труда, начисления на оплату труда, приобретение мягкого инвентаря и обмундирования приобретение продуктов питания, приобретение медикаментов и перевязочных средств), %	Количество медицинских организаций, работающих в системе ОМС субъекта РФ	Количество медицинских организаций, которым возмещаются затраты за оказанную медицинскую помощь за счет средств ОМС более чем по пяти статьям расходов (оплата труда, начисления на оплату труда, приобретение мягкого инвентаря и обмундирования приобретение продуктов питания, приобретение медикаментов и перевязочных средств)	Оценка по десяти балльной шкале
<b>Источник информации</b>	-	Анкета №7, строка № 1	Анкета №7, строка № 2	
<b>Единица измерения</b>	%	шт.	шт.	
<b>Период, за который получено значение показателя</b>	-	январь – июнь 2009 г.	январь – июнь 2009 г.	
Астраханская область	0,00%	68	0	0,00
Белгородская область	0,00%	61	0	0,00
Владимирская область	90,99%	111	101	9,10
Вологодская область	12,00%	75	9	1,20
Калининградская область	78,82%	85	67	7,88
Калужская область	100,00%	55	55	10,00
Краснодарский край	92,04%	226	208	9,20
Ленинградская область	92,65%	68	63	9,26
Нижегородская	93,85%	179	168	9,39



область				
Пермский край	100,00%	203	203	10,00
Ростовская область	0,00%	182	0	0,00
Самарская область	0,00%	128	0	0,00
Свердловская область	0,00%	221	0	0,00
г. Санкт-Петербург	0,00%	238	0	0,00
Тверская область	0,00%	97	0	0,00
Томская область	88,89%	72	64	8,89
Тюменская область	100,00%	99	99	10,00
Хабаровский край	0,00%	98	0	0,00
Челябинская область	0,00%	165	0	0,00
Чувашская Республика	0,00%	63	0	0,00
максимальное значение	100,00%			10,00

**7.20. Расчет значения показателя «Средневзвешенное отклонение фактических расходов страховых медицинских организаций и поступлений средств на основе дифференцированного подушевого норматива финансирования страховых медицинских организаций»**

	Средневзвешенное отклонение фактических расходов страховых медицинских организаций и поступлений средств на основе дифференцированного подушевого норматива финансирования страховых медицинских организаций, %.	Модуль разницы между значением и максимальным значением	Оценка по десяти балльной шкале
<b>Источник информации</b>	-		
<b>Единица измерения</b>	%		
<b>Период, за который получено значение показателя</b>	-		
Астраханская область	25,48%	0,00%	0,00
Белгородская область	1,28%	24,20%	9,51
Владимирская область	0,18%	25,30%	9,94
Вологодская область	11,63%	13,85%	5,44
Калининградская область	2,05%	23,43%	9,21
Калужская область	2,89%	22,59%	8,88
Краснодарский край	-	-	0,00
Ленинградская область	20,30%	5,18%	2,04
Нижегородская область	11,48%	14,00%	5,50
Пермский край	3,95%	21,53%	8,46
Ростовская область	4,60%	20,88%	8,20
Самарская область	1,43%	24,05%	9,45
Свердловская область	11,95%	13,53%	5,32
г. Санкт-Петербург	1,60%	23,88%	9,38
Тверская область	1,20%	24,28%	9,54
Томская область	5,22%	20,26%	7,96
Тюменская область	0,03%	25,45%	10,00
Хабаровский край	3,15%	22,33%	8,77
Челябинская область	10,99%	14,49%	5,69

Чувашская Республика	5,28%	20,20%	7,94
максимальное значение	25,48%	25,45%	10,00

**7.21. Расчет значения показателя «Доля средств НСЗ ТФОМС, которая направляется непосредственно в ЛПУ»**

	Доля средств НСЗ ТФОМС, которая направляется непосредственно в ЛПУ, %	Сформированный нормированный страховой запас ТФОМС	Средства НСЗ, которые были направлены в ЛПУ	Модуль разницы между значением и максимальным значением	Оценка по десяти балльной шкале
<b>Источник информации</b>	-	Анкета №11, строка № 1	Анкета №11, строка № 5		
<b>Единица измерения</b>	%	тыс.руб.	тыс.руб.		
<b>Период, за который получено значение показателя</b>	-	2008 год	2008 год		
Астраханская область	0,00%	50 000,00	0,00	31,22%	10,00
Белгородская область	0,00%	60 000,00	0,00	31,22%	10,00
Владимирская область	0,00%	87 409,30	0,00	31,22%	10,00
Вологодская область	0,00%	25 000,00	0,00	31,22%	10,00
Калининградская область	0,00%	116 664,10	0,00	31,22%	10,00
Калужская область	0,00%	34 000,00	0,00	31,22%	10,00
Краснодарский край	0,00%	420 000,00	0,00	31,22%	10,00
Ленинградская область	0,00%	256 065,30	0,00	31,22%	10,00
Нижегородская область	0,00%	567 600,00	0,00	31,22%	10,00
Пермский край	0,00%	565 764,90	0,00	31,22%	10,00
Ростовская область	0,00%	295 800,00	0,00	31,22%	10,00
Самарская область	31,22%	273 632,50	85 418,20	0,00%	0,00
Свердловская область	0,00%	1 018 268,00	0,00	31,22%	10,00
г. Санкт-Петербург	0,00%	240 000,00	0,00	31,22%	10,00
Тверская область	0,00%	112 260,90	0,00	31,22%	10,00
Томская область	0,00%	50 000,00	0,00	31,22%	10,00
Тюменская область	0,00%	357 879,00	0,00	31,22%	10,00
Хабаровский край	0,00%	412 914,00	0,00	31,22%	10,00
Челябинская область	0,00%	420,00	0,00	31,22%	10,00
Чувашская Республика	0,00%	40 000,00	0,00	31,22%	10,00
<b>максимальное значение</b>	<b>31,22%</b>			<b>31,22%</b>	<b>10,00</b>



**7.22. Расчет значения показателя «Удельный вес кредиторской задолженности на конец отчетного периода со сроком возникновения свыше 30 дней»**

	Удельный вес кредиторской задолженности на конец отчетного периода со сроком возникновения свыше 30 дней, %	Модуль разницы между значением и максимальным значением	Оценка по десяти балльной шкале
<b>Источник информации</b>	-		
<b>Единица измерения</b>	%		
<b>Период, за который получено значение показателя</b>	-		
Астраханская область	28,57%	56,34%	6,64
Белгородская область	0,00%	84,91%	10,00
Владимирская область	-	-	-
Вологодская область	1,70%	83,21%	9,80
Калининградская область	13,50%	71,41%	8,41
Калужская область	74,00%	10,91%	1,28
Краснодарский край	42,09%	42,82%	5,04
Ленинградская область	5,00%	79,91%	9,41
Нижегородская область	26,80%	58,11%	6,84
Пермский край	44,80%	40,11%	4,72
Ростовская область	84,91%	0,00%	0,00

Самарская область	10,00%	74,91%	8,82
Свердловская область	0,00%	84,91%	10,00
г. Санкт-Петербург	27,91%	57,00%	6,71
Тверская область	46,99%	37,92%	4,47
Томская область	74,39%	10,52%	1,24
Тюменская область	0,00%	84,91%	10,00
Хабаровский край	2,00%	82,91%	9,76
Челябинская область	0,00%	84,91%	10,00
Чувашская Республика	0,00%	84,91%	10,00
максимальное значение	84,91%	84,91%	10,00

### 7.23. Расчет значения показателя «Коэффициент роста невосстановленных средств ОМС»

	Коэффициент роста невосстановленных средств ОМС	Объем невосстановленных средств на начало периода	Объем невосстановленных средств на конец периода	Модуль разницы между значением и максимальным значением	Оценка по десяти балльной шкале
<b>Источник информации</b>	-	Форма 1-КР, строка № 60	Форма 1-КР, строка № 120		
<b>Единица измерения</b>	%	руб.	руб.		
<b>Период, за который получено значение показателя</b>	-	январь – июнь 2009 г.	январь – июнь 2009 г.		
Астраханская область	2,07%	116 218 647	118 628 746	138,52%	7,91
Белгородская область	-0,09%	1 944 223	1 942 450	140,68%	8,04
Владимирская область	-0,11%	19 441 002	19 419 659	140,70%	8,04
Вологодская область	-34,44%	16 698 233	10 946 674	175,03%	10,00
Калининградская область	-0,37%	2 506 733	2 497 383	140,96%	8,05
Калужская область	22,38%	4 136 753	5 062 507	118,21%	6,75
Краснодарский край	-0,83%	431 579 176	427 997 034	141,42%	8,08
Ленинградская область	0,00%	318 116	318 116	140,59%	8,03
Нижегородская область	-30,26%	15 772 359	10 999 041	170,85%	9,76
Пермский край	140,59%	88 924 292	213 942 172	0,00%	0,00
Ростовская область	45,50%	4 232 848	6 158 902	95,09%	5,43
Самарская область	-4,84%	83 484 861	79 448 256	145,42%	8,31
Свердловская область	0,67%	36 237 598	36 482 021	139,91%	7,99
г. Санкт-Петербург	2,71%	13 563 208	13 930 535	137,88%	7,88
Тверская область	1,89%	26 989 600	27 499 100	138,70%	7,92
Томская область	3,59%	23 503 670	24 347 071	137,00%	7,83
Тюменская область	-11,60%	52 108 325	46 064 085	152,19%	8,69
Хабаровский край	83,83%	3 939 188	7 241 240	56,76%	3,24
Челябинская область	-23,17%	8 403 451	6 456 002	163,76%	9,36



Чувашская Республика	100,00%	0	209 385	40,59%	2,32
максимальное значение	140,59%			175,03%	10,00

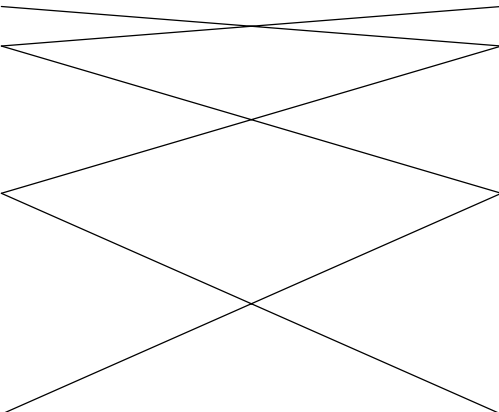
## Приложение 8. Формы информационно-аналитического обеспечения мониторинга деятельности ТФОМС

### Анкета №1. Финансирование амбулаторно-поликлинических учреждений, имеющих прикрепленное население

№	Вопрос	Варианты ответа	Ответ	Подтверждающий документ
	Способ оплаты амбулаторно-поликлинической помощи	1 За посещение 2 По подушевому нормативу		
	В состав подушевого норматива включены следующие виды расходов амбулаторно-поликлинических учреждений, имеющих прикрепленное население	1 собственная деятельность 2 скорая медицинская помощь 3 стационарозамещающая медицинская помощь 4 стационарная медицинская помощь		
	Количество амбулаторно-поликлинических учреждений <sup>1</sup> (имеющих статус юридического лица), имеющих прикрепленное население, работающих в системе ОМС			

<sup>1</sup> Учитываются самостоятельные поликлиники и поликлиники в составе медицинских учреждений

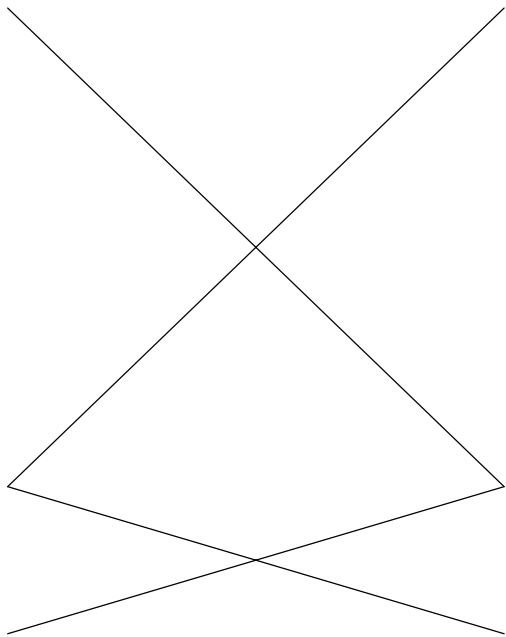
субъекта РФ, шт.  
 Из них финансируются по подушевому нормативу, шт.  
 Из них финансируются по подушевому нормативу с фондодержанием, шт.



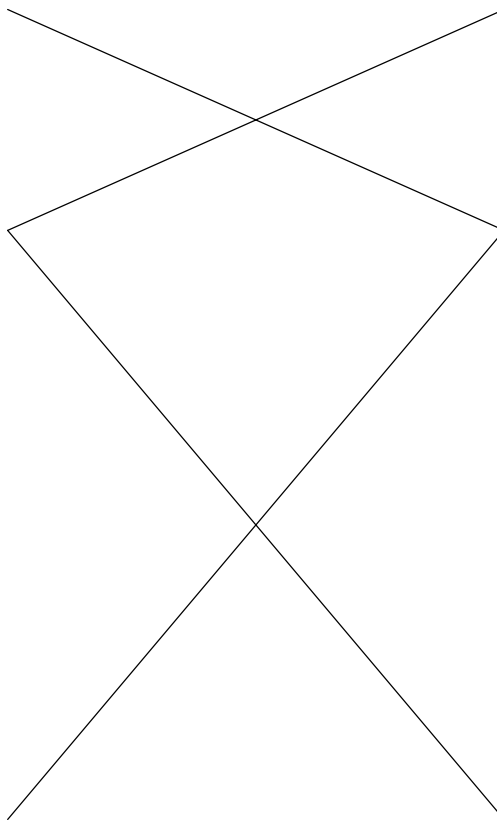
**Анкета №2. Оценка амбулаторно-поликлинических учреждений, имеющих прикрепленное население**

№	Вопрос	Варианты ответа	Ответ	Подтверждающий документ
	Для амбулаторно-поликлинических учреждений, имеющих прикрепленное население, работающих в системе ОМС, предусмотрена система оценки в соответствии с утвержденной системой показателей	1 ДА 2 НЕТ		

Для амбулаторно-поликлинических учреждений, имеющих прикрепленное население, работающих в системе ОМС, предусмотрена система экономического стимулирования за счет средств ОМС в соответствии с действующей системой оценки амбулаторно-поликлинических учреждений	1	ДА
Количество амбулаторно-поликлинических учреждений (имеющих статус юридического лица), имеющих прикрепленное население, работающих в системе ОМС субъекта РФ, всего, шт. Из них количество амбулаторно-поликлинических учреждений,	2	НЕТ



которые  
 оцениваются в  
 соответствии с  
 утвержденной  
 системой  
 показателей, шт.  
 Из них количество  
 амбулаторно-  
 поликлинических  
 учреждений, для  
 которых  
 предусмотрена  
 система  
 экономического  
 стимулирования за  
 счет средств ОМС в  
 соответствии с  
 действующей  
 системой оценки  
 амбулаторно-  
 поликлинических  
 учреждений



### Анкета №3. Повторные госпитализации

№	Вопрос	Ответ	Подтверждающий документ
	Количество госпитализаций в стационарные учреждения здравоохранения субъекта РФ за январь-июль 2009 г.		

Количество повторных госпитализаций в стационарные учреждения здравоохранения по поводу одного и того же заболевания в течение квартала после госпитализации за январь-июль 2009 г.

**Анкета №4. Учреждения здравоохранения, финансируемые за счет средств ОМС**

**№ Вопрос**

Количество медицинских организаций, работающих в системе ОМС субъекта РФ на 01.07.2009, всего, шт.  
Количество медицинских организаций, которым возмещаются затраты за оказанную медицинскую помощь за счет средств ОМС более чем по пяти статьям расходов (оплата труда, начисления на оплату труда, приобретение мягкого инвентаря и обмундирования приобретение продуктов питания, приобретение медикаментов и перевязочных средств) на 01.07.2009, шт.

**Ответ Подтверждающий документ**

**Анкета №5. Доходы и расходы СМО, работающих в системе ОМС субъекта РФ**

<b>№</b>	<b>Наименование СМО</b>	<b>Доходы СМО по дифференцированному подушевому нормативу в 1-ом полугодии 2009 г.</b>	<b>Фактические расходы СМО в 1-ом полугодии 2009 г.</b>
1	2	3	4
1.			
2.			
3.	ИТОГО		

**Анкета №6. Формирование и использование средств нормированного страхового запаса Территориального фонда ОМС субъекта РФ**

<b>№</b>	<b>Наименование показателя</b>	<b>Единица измерения</b>	<b>Значение показателя</b>	<b>Подтверждающий документ</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
1.	Объем средств нормированного страхового запаса, который был сформирован в 2008 году	Тыс. руб.		
2.	Объем средств нормированного страхового запаса, который был использован в 2008 году	Тыс. руб.		
3.	Объем финансирования территориальной программы ОМС в 2008 году	Тыс. руб.		
4.	Объем средств нормированного страхового запаса Территориального фонда ОМС, который был направлен в страховые медицинские организации в виде субвенции в 2008 году	Тыс. руб.		
5.	Объем средств нормированного страхового запаса, который был направлен в ЛПУ в 2008 году	Тыс. руб.		
6.	Объем средств нормированного страхового запаса, который был израсходован ТФОМС централизованно на закупку товаров, работ, услуг в 2008 году.	Тыс. руб.		

**Приложение 9. Пример расчета рейтингов деятельности системы ОМС, финансирования системы ОМС, показателей здоровья (на примере младенческой смертности) и интегрального рейтинга**

Наименование региона	Рейтинг субъектов РФ по показателю «младенческая смертность»	Значение рейтинга деятельности системы ОМС	Подушевой норматив финансирования программы ОМС руб. на одного жителя в год (с учетом районного коэфф.)	Интегральный рейтинг
Тюменская область	7	3	1	1
Калужская область	8	2	12	2
г.Санкт-Петербург	1	12	2	3
Калининградская область	2	4	16	4
Самарская область	5	7	9	5
Владимирская область	16	6	4	6
Пермский край	18	5	7	7
Томская область	19	1	14	8
Вологодская область	11	10	5	9
Свердловская область	10	11	6	10
Белгородская область	4	8	15	11



<b>Ленинградская область</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>3</b>	<b>12</b>
<b>Чувашская Республика</b>	<b>3</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>
<b>Тверская область</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>17</b>	<b>14</b>
<b>Краснодарский край</b>	<b>6</b>	<b>17</b>	<b>10</b>	<b>15</b>
<b>Нижегородская область</b>	<b>13</b>	<b>16</b>	<b>11</b>	<b>16</b>
<b>Ростовская область</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>8</b>	<b>17</b>
<b>Челябинская область</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>19</b>	<b>18</b>
<b>Хабаровский край</b>	<b>20</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>19</b>
<b>Астраханская область</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>