



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**«OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE
IN THE RUSSIAN FEDERATION»**

**НАУЧНО–ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
№ 2, 2011**

**«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»
№ 2, 2011**

Научно-практический журнал
Выходит 1 раз в два месяца с 2006 года
Зарегистрирован в Федеральной службе по надзору
за соблюдением законодательства в сфере массовых
коммуникаций и охране культурного наследия
Регистрационный номер ПИ № ФС77-23840 от 28 марта
2006 года

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:

А.В. Юрин – Председатель ФОМС

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА:

В.А. Зеленский – Директор Департамента развития
медицинского страхования Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации, к.э.н.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

О.В. Андреева – Начальник Инспекции Счетной палаты РФ
по контролю расходов федерального бюджета
на здравоохранение и за бюджетом ФОМС, д.м.н., профессор
П.В. Бреев – И.о.начальника Отдела по взаимодействию
с федеральными органами исполнительной власти и СМИ ФОМС
М.А. Ковалевский – Профессор кафедры экономики
здравоохранения ГОБУ ВПО «Государственный университет –
Высшая школа экономики», к.т.н.
О.А. Константинова – Начальник Управления организации
и мониторинга лекарственного обеспечения в системе ОМС ФОМС
С.Г. Кравчук – Начальник Управления организации ОМС ФОМС
Д.Ю. Кузнецов – Президент Межрегионального союза
медицинских страховщиков
А.Л. Линденбрaten – Заместитель директора по научно-
исследовательской работе национального НИИ общественного
здоровья РАМН, д.м.н., профессор
И.В. Плешков – Начальник контрольно-ревизионного
Управления ФОМС, д.м.н.
А.В. Решетников – Исполнительный директор Московского
городского фонда ОМС, академик РАМН, д.м.н., профессор
И.В. Соколова – Начальник отдела обязательного социального
страхования и государственных внебюджетных фондов
Департамента бюджетной политики в отраслях социальной
сферы и науки Министерства финансов Российской Федерации
В.И. Стародубов – Вице-президент РАМН, д.м.н., профессор,
академик РАМН, директор ФГУ «ЦНИИ организации и
информатизации здравоохранения»
О.В. Царева – Начальник Управления модернизации системы
ОМС ФОМС, к.м.н.
И.М. Шейман – Заведующий лабораторией экономических
исследований общественного сектора ГОБУ ВПО
«Государственный университет – Высшая школа экономики»,
к.э.н., профессор
С.В. Шишкин – Проректор ГОБУ ВПО «Государственный
университет – Высшая школа экономики», д.э.н., профессор
Г.Л. Юркин – Начальник Управления правовой и международной
деятельности ФОМС

Учредители:

Федеральный фонд обязательного
медицинского страхования
Дом печати «Столичный бизнес»
Журнал издается Домом печати
«Столичный бизнес»
Номер подписан в печать
21.04.2011 года
Тираж: 3000 экз.
Формат: 205 x 275 мм
Объем: 86 полос

Адрес редакции:

Дом печати «Столичный бизнес»
105062, г. Москва, ул. Покровка, 47/24,
Тел.: (495) 916-39-84
E-mail: journal-oms@yandex.ru
При перепечатке ссылка на журнал
«Обязательное медицинское страхование
в Российской Федерации» обязательна
© «Обязательное медицинское страхование
в Российской Федерации», 2011

**Подписной индекс журнала «Обязательное медицинское
страхование в Российской Федерации» в каталоге
«Газеты. Журналы» Агентства «Роспечать» – 36347**

**«OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE
IN THE RUSSIAN FEDERATION»
№ 2, 2011**

Scientific Practical Journal
It is issued 1 time every second month since 2006
It is registered in the Federal Service of Supervision
for Legislation Observance in Sphere of Mass Media
Communications and Culture Legacy Preservation
Registration number ПИ № ФС77-23840
of March 28 2006

EDITOR-IN-CHIEF:

A.V. Yurin – Chairman of the Federal Obligatory Medical Insurance (FOMI)

DEPUTY EDITOR-IN-CHIEF:

V.A. Zelensky – PhD in Economic Sciences, the Ministry of Public Health
and Social Development of Russia

EDITORIAL BOARD:

O.V. Andreyeva – MD, PhD, Professor, the Account Chamber of the
Russian Federation

P.V. Breyev – FOMI

M.A. Kovalevsky – PhD in Technical Sciences, Professor, the State
Institution «Higher School of Economics»

O.A. Konstantinova – FOMI

S.G. Kravchuk – FOMI

D.Y. Kuznetsov – President MCMC

A.L. Lindenbraten – MD, PhD, Professor, the Research Institute
for Public Health of the Russian Academy of Medical Sciences

I.V. Pleshkov – MD, PhD, FOMI

A.V. Reshetnikov – MD, PhD, Professor, Academician of the Russian
Academy of Medical Sciences, the Moscow City FOMI

I.V. Sokolova – The Ministry of Finances of the Russian Federation

V.I. Starodubov – MD, PhD, Professor, Academician of the Russian
Academy of Medical Sciences, the Central Research of Health Service
Organization and Information

O.V. Tsaryova – MD, PhD, FOMI

I.M. Sheyman – PhD in Economic Sciences, Professor, the State
Institution «Higher School of Economics»

S.V. Shishkin – PhD in Economic Sciences, Professor, the State
Institution «Higher School of Economics»

G.L. Yurkin – FOMI

Founders:

Federal Foundation for Obligatory
Medical Insurance
House of Press «Metropolitan Business»
The journal is published by the House
of Press «Metropolitan Business»
The issue is passed for printing
21.04.2011
Circulation: 3000 copies
Format: 205 x 275 mm
Volume: 86 type pages

Address of Editorial Office:

House of Press «Metropolitan Business»
Ul. Pokrovka 47/24, Moscow, 105062, Russia
Tel.: (495) 916-39-84
E-mail: journal-oms@yandex.ru
In case of reprinting reference to the
Journal «Obligatory Medical Insurance
in Russian Federation» is obligatory.
© «Obligatory Medical Insurance
in Russian Federation», 2011

**Subscription index of the Journal «Obligatory Medical Insurance
in Russian Federation» in the Catalogue «Newspapers. Journals
of the Agency «Rospechat» – 36347**

ISSN 2221-9943



9 772221 994772 >

СОДЕРЖАНИЕ

ОФИЦИАЛЬНО | НОВОСТИ

Председатель Правительства Российской Федерации В.В. Путин провёл совещание по реализации программы модернизации здравоохранения Москвы на 2011-2012 годы. 4

Председатель Правительства Российской Федерации В.В. Путин провёл в Рязани совещание по строительству перинатальных центров и региональным программам модернизации здравоохранения 7

Председатель Правительства Российской Федерации В.В. Путин принял участие в работе Всероссийского форума медицинских работников 10

РАСШИРЕННАЯ КОЛЛЕГИЯ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ

Доклад Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации Т.А. Голиковой на расширенном заседании коллегии Минздравсоцразвития России 25 марта 2011 года «Об итогах работы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации в 2010 году и задачах на 2011 год» 16

ОФИЦИАЛЬНО | НОВОСТИ

Подписано соглашение о взаимодействии Правительства Москвы с Пенсионным фондом России и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования 32

Новые кадровые назначения 33

КРУГЛЫЙ СТОЛ «МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ: НОВЫЙ УРОВЕНЬ»

Стимулирование развития ДМС повысит эффективность здравоохранения 36

ВИДЕОМОСТ МОСКВА–ТОМСК

В «РИА Новости» 17 марта 2011 г. состоялся видеомост Москва – Томск на тему: «Новый закон об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» . . 38

НАШИ ПУБЛИКАЦИИ

А.В. Юрин: «Чеченская Республика – это динамично развивающийся регион» 42

А.В. Юрин: «Вознаграждение страховщиков должно соответствовать их вкладу в систему ОМС» 43

СОВЕЩАНИЕ ИСПОЛНИТЕЛЬНЫХ ДИРЕКТОРОВ ТФОМС ЦФО

Совещание с исполнительными директорами ТФОМС Центрального федерального округа 46

«ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ» В РЕДАКЦИИ «РОССИЙСКОЙ ГАЗЕТЫ»

В редакции «Российской газеты» проведена «горячая линия» с участием начальника Управления организации обязательного медицинского страхования ФОМС С.Г. Кравчук в связи с утверждением новых правил обязательного медицинского страхования 54

НОВЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Н.Н. Стадченко, Л.Н. Шмыгленко.
Развитие информационных технологий в системе ОМС на территории Краснодарского края / N.N. Stadchenko, L.N. Shmyglenko. Development of informative technologies in the system of Obligatory Medical Insurance (OMI) in the Krasnodar Territory 60

НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ 63

Постановление Правительства Российской Федерации от 15 февраля 2011 г. № 74 «О правилах обязательного медицинского страхования» (64)

Постановление Правительства Российской Федерации от 15 февраля 2011 г. № 85 «Об утверждении правил финансового обеспечения в 2011-2012 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования» (65)

Постановление Правительства Российской Федерации от 4 марта 2011 г. № 144 «Об утверждении правил финансового обеспечения в 2011-2012 годах программ модернизации федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования» (69)

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 декабря 2010 г. № 1184н «Об утверждении формы типового договора о оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (72)

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 декабря 2010 г. № 1185н «Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования на 2011 год» (73)

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 21 января 2011 г. № 15 «Об утверждении типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования» (74)

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 января 2011 г. № 29н «Об утверждении порядка ведения персонализированного учета в сфере обязательного медицинского страхования» (75)

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 февраля 2011 г. № 141н «Об утверждении порядка заключения соглашений высших исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации с Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования о финансовом обеспечении региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации на 2011-2012 годы» (76)

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 21 февраля 2011 г. № 145н «Об утверждении показателей оценки деятельности специалистов с высшим и средним медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи» (77)

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования» (78)

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11 марта 2011 г. № 193н «О внесении изменений в Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 февраля 2011 года № 141н «Об утверждении порядка заключения соглашений высших исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации с Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования о финансовом обеспечении региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации на 2011-2012 годы» (79)

Приказ ФОМС от 11 января 2011 г. № 2 «Об утверждении формы заявки кредитной организации на заключение договора банковского депозита» (80)

Приказ ФОМС от 18 января 2011 г. № 10 «О реализации постановления Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 г. № 1234 (81)

Приказ ФОМС от 19 января 2011 г. № 11 «О внесении изменений в приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 14 марта 2008 г. № 57 «Об утверждении форм и порядка представления отчетов об использовании субсидий на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан» (83)

Приказ ФОМС от 19 января 2011 г. № 12 «Об утверждении порядка проведения территориальными фондами обязательного медицинского страхования медико-экономической экспертизы представленных медицинскими организациями счетов на оплату расходов, связанных с проведением диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (84)

Приказ ФОМС от 19 января 2011 г. № 15 «О внесении изменений в приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 3 июня 2008 г. № 120 «Об утверждении формы и порядка представления отчетов об использовании субсидий на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (85)

Приказ ФОМС от 15 марта 2011 г. № 53 «О внесении изменений в приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16 декабря 2010 г. № 240 «Об утверждении порядка и формы предоставления отчетности об использовании средств на цели по реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в период 2011-2012 годов» (86)

Председатель Правительства Российской Федерации В.В. Путин провёл совещание по реализации программы модернизации здравоохранения Москвы на 2011-2012 годы



«Региональные программы должны повысить доступность здравоохранения. Необходимо обеспечить внедрение новых стандартов, гарантирующих качественную, эффективную помощь гражданам, диагностику, выполнение всех необходимых процедур, должное лекарственное обеспечение. И Москва должна, конечно, стать лидером внедрения новых стандартов медицинской помощи».

В.В. Путин на совещании по реализации программы модернизации здравоохранения Москвы на 2011-2012 годы (15 февраля 2011 г.)

Во вступительном слове В.В. Путин отметил: «В ближайшие два года нам предстоит реализовать масштабный социальный проект, провести коренную модернизацию системы здравоохранения в регионах Российской Федерации.

В прошлом году, вы знаете, мы начали преобразования в пенсионной системе – это сопровождалось серьёзным повышением пенсий: почти до 46% за год. В

этом году мы начинаем другой, не менее важный социальный проект – модернизацию здравоохранения России. Этому вопросу, как вы видите, Правительство уделяет первостепенное внимание. И мы стремимся быть в постоянном контакте с субъектами Российской Федерации – где, собственно говоря, должна пройти основная работа – и с профессиональным сообществом, учитывать позицию самих медиков, их видение проблемы. Я

так понимаю: сегодня здесь собрались в том числе те люди, которые занимались подготовкой московской системы модернизации здравоохранения.

Я хочу ещё раз подчеркнуть: региональные программы должны быть реализованы максимально тщательно. А для того чтобы это произошло, нужно, чтобы они максимально тщательно были подготовлены. Их результат должен быть людям очевиден, люди должны это почувствовать на себе по реальным переменам в работе поликлиник и больниц. Именно поэтому мы ставим перед руководством регионов Российской Федерации задачу детально проанализировать прежде всего все статьи расходов по текущему и капитальному ремонту поликлиник и больниц, внимательно отнестись к заключению договоров с подрядными организациями, с поставщиками, чтобы потом не возникали срывы по срокам ремонта или поставкам оборудования и не страдало качество.

Мы на федеральном уровне подготовили решения по предельной стоимости ремонтных работ. Думаю, что соответствующие коллеги это знают, знакомы с соответствующими приказами Минрегиона и другими документами. Я думаю, что такие чёткие ориентиры позитивно скажутся на финансовой дисциплине в регионах, обеспечат ответственный подход к расходованию средств. А средства серьёзные! Я напомним, что они составляют 460 млрд рублей в целом по стране. Никогда ещё одновременно под конкретные социальные цели, тем более в здравоохранении, мы таких ресурсов не выделяли. И, разумеется, нужно сделать всё, чтобы средства эти были израсходованы с умом, эффективно. Предстоит привести в порядок огромное количество медицинских учреждений, оснастить их современным оборудованием, внедрить в здравоохранение передовые информационные системы, новые стандарты оказания медицинских услуг, повысить зарплату медицинскому персоналу.

Сегодня посмотрим, как построен подход к решению всех этих проблем здесь, в Москве. Сегодня у нас уже середина февраля, а программу мы заявили с начала года. И нужно начинать действовать, потому что если мы будем ждать и примеряться к проблемам, то, как часто у нас бывает, где-то к лету только начнём первые шаги делать, а там уже, смотришь, и к Новому году пора готовиться, поэтому начинать нужно сейчас.

В Москве, в городе, где ежегодно медицинская помощь оказывается 14,5 млн человек, конечно, это очень важно. И очень важно, чтобы мы именно здесь, в столице, эту программу начали эффективно, быстро. Но, имея в виду такой объём оказания медицинской помощи – 14,5 млн человек в год, – разумеется, это оправданно. Министерство здравоохранения это посчитало внимательно, именно поэтому, конечно, значительная часть ресурсов на Москву и выделяется: примерно 10% – 48 млрд рублей!

Кроме того, сама Москва выделит за эти два года ещё 65 млрд рублей. Таким образом, в столичное здравоо-

хранение в ближайшие два года будет вложено 114 млрд рублей. Из них на совершенствование материально-технической базы – 78 млрд рублей с лишним, на внедрение стандартов оказания медуслуг – 30 млрд рублей и на информационное обеспечение – около 6 млрд рублей: 5,7 млрд рублей.

Московская программа, как видите, самая масштабная – не только по финансам, но и по задачам, которые необходимо решить. Москва (и мы это с вами хорошо знаем, мы гордимся Москвой! Это естественно и правильно, что мы гордимся, – есть чем гордиться) – это крупнейший, один из самых крупных европейских мировых мегаполисов, самый крупный российский. Но это требует от нас того, чтобы все системы жизнеобеспечения, система здравоохранения тоже были на мировом уровне.

База столичного здравоохранения – традиционно одна из самых сильных в стране. Здесь расположены крупнейшие федеральные научные центры, ведущие медицинские вузы, которые также имеют свои клиники. Зарплаты медицинского персонала в Москве – одни из самых высоких по отрасли. Но, конечно, здесь и расходы большие – намного больше, чем в других регионах Российской Федерации.

Несмотря на известные московские преимущества, тем не менее квалифицированных врачей, среднего медперсонала, современного оборудования явно недостаточно, явно не хватает. Люди длительное время ждут нужной операции или обследования, в очередях стоят долго. Многие поликлиники и больницы не ремонтировались с советских времён. Вот Первая Градская, как называют её москвичи, 30 лет не видела капитального ремонта. Люди в коридорах лежат, и не потому, что не хватает мест в палатах: как сами пациенты сейчас скажут, палаты не приспособлены, душно.

Состояние многих медицинских учреждений Москвы неудовлетворительное. Конечно, ещё раз хочу повторить: много шикарных, хороших, современных центров, причём и бюджетных и платных – разных. Есть просто замечательные – европейский стандарт. Но большинство – хочу подчеркнуть: большинство – медицинских учреждений столицы, куда ходят рядовые граждане, рядовые москвичи, явно нуждается в серьёзном внимании со стороны городских властей, да и со стороны федерального центра.

Кстати говоря, жаркое лето прошлого года показало, что многие клиники не готовы к работе в экстремальных условиях: не оборудованы, как вот здесь, кондиционерами, многими другими системами жизнеобеспечения, причём, даже реанимационные и операционные блоки. Это, конечно, совсем плохо.

Неудивительно, что на сегодняшний день качеством оказания медицинской помощи удовлетворено менее 50% москвичей. Объективные показатели статистики также отрицательные: в Москве растёт число сердечно-сосудистых, эндокринных и онкологических заболева-

ний. Вот почему сегодня важно грамотно определить, куда необходимо направить выделяемые ресурсы, как использовать эти средства в интересах миллионов москвичей и, подчеркну, тех граждан России, которые волею судеб, по тем или другим причинам оказываются в Москве. Напомню, что это тем более важно сегодня, что мы начали осуществлять программу единого полиса медицинского страхования, и он действует по всей территории Российской Федерации. Из какого бы региона человек ни приехал в Москву, в случае необходимости он должен получить медицинскую помощь в любой московской больнице или поликлинике.

На что считаю необходимым обратить особое внимание? Первое – региональные программы должны повысить доступность здравоохранения. Необходимо обеспечить внедрение новых стандартов, гарантирующих качественную, эффективную помощь гражданам, диагностику, выполнение всех необходимых процедур, должное лекарственное обеспечение. И Москва должна, конечно, стать лидером внедрения новых стандартов медицинской помощи. Кроме того, надо избавить наших граждан от униженного состояния в очередях. Мы об этом много раз говорили. Система записи к специалисту и сам приём должны быть организованы комфортно и удобно для пациентов. Здесь нужно задействовать возможности информационных технологий. При этом все пациенты должны быть обеспечены электронными медицинскими картами. Надо сказать, что во многих лечебных заведениях на территориях, в субъектах Российской Федерации достаточно эффективно эти системы работают – внедрены и работают!

Второе. В рамках программы для лечебных учреждений города будет приобретена самая современная медицинская техника. Раз уж покупать, так покупать самое современное, самое эффективное. Фактически речь идёт о технологическом прорыве в московском здравоохранении. Надо при этом не просто закупать новое оборудование, а, конечно, научить людей работать на нём эффективно и качественно, организовывать стажировки, реализовывать обучающие программы. В целом следует усовершенствовать процесс повышения квалификации медицинского персонала – и врачей, и среднего медперсонала.

Третий вопрос. Он связан со спецификой Москвы, в которой расположены и городские, и многочисленные федеральные медицинские учреждения. Тут важно избежать дублирования функций, прежде всего в сфере общего здравоохранения. Вузовские медицинские центры не должны работать в режиме обычных городских

поликлиник или больниц: это неэффективно. Такие комплексы должны заниматься наукой, разрабатывать и тиражировать новые методики лечения, оказывать уникальную, высокотехнологичную медицинскую помощь. Но при этом и федеральные, и городские клиники должны быть интегрированы в единый комплекс, чтобы без сбоев действовала вся система – от первичного приёма в поликлинике до стационарного лечения в хорошем центре и последующей реабилитации. Выстроить такую интегрированную систему – это совместная задача Министерства здравоохранения и мэрии города.

Четвёртое. Особое внимание необходимо уделить охране здоровья детей. Я знаю, что Москва планирует на эти цели значительные ресурсы – 26% всех денег, которые будут предоставлены в распоряжение медицинской отрасли. Это, конечно, правильный подход. Там, где это возможно, нужно создать условия для пребывания родителей рядом с детьми – с маленькими детьми, которые проходят лечение в стационарах. Это мировая практика, у нас это практикуется, это абсолютно правильно, вот к этому нужно стремиться.

И в заключение прошу мэра Москвы Сергея Семёновича Собянина, как мы и договорились, взять реализацию данной программы под свой личный контроль».

Председатель Правительства Российской Федерации В.В. Путин провёл в Рязани совещание по строительству перинатальных центров и региональным программам модернизации здравоохранения



Председатель Правительства РФ В.В. Путин, губернатор Рязанской области О.И. Ковалев, главный врач Е.И. Петрова в ГУЗ «Перинатальный центр Рязанской области»

«Наша задача – создать в полном смысле современные медицинские центры, где будут учтены все аспекты: от передовых технологий до создания комфортных бытовых условий. И тут многое зависит от заинтересованной работы всех властей – и федеральных, и региональных».

В.В. Путин на совещании по строительству перинатальных центров и региональным программам модернизации здравоохранения (11 марта 2011 г.)

Во вступительном слове Председатель Правительства Российской Федерации В.В. Путин отметил: «Правительство завершило рассмотрение всех представленных региональных программ 4 марта. Анализ был подробным и критическим и выявил ряд принципиальных вопросов. Так, ряд субъектов не выполняет

решение о выделении в рамках программ не менее 25% средств на мероприятия по модернизации службы детства и родовспоможения. В Приморском крае, в Волгоградской и Сахалинской областях, в Еврейской автономной области на эти цели предусмотрено всего от 4% до 14%. Мы уже говорили о том, что, конечно,



может быть, необязательно в каждом субъекте выделять именно 25%. В среднем должно быть 25%. Почему? Потому что где-то эти вопросы уже находятся в продвинутом состоянии, где-то уже вложены определённые ресурсы. Это правильно. До 14% я могу себе еще представить, 14–20%, но 4%! Я сомневаюсь, что в перечисленных мною областях всё так хорошо, что в процессе модернизации системы здравоохранения достаточно на вопросы, связанные со службой детства и родовспоможения, направить всего 4%.

В настоящее время идёт доработка программ и подготовка к подписанию соответствующих соглашений. Отмечу, что первые три соглашения уже подписаны: с Республикой Чувашия, Брянской и Пензенской областями.

Задачи региональных программ – это прежде всего повышение уровня доступности и качества медицинской помощи. Именно поэтому мы укрепляем материально-техническую базу и кадровый ресурс региональных медицинских организаций, требуем от них представлять помощь в соответствии с обновленными стандартами, внедряем в практическое здравоохранение современные технологии. Здесь отмечу, что для формирования единой информационной системы необходима чёткая концепция, и прошу Минздравсоцразвития и Минкомсвязи ускорить её разработку.

И ещё один вопрос, на который я хотел бы обратить внимание, уважаемые коллеги, – это низкий уровень

разъяснительной работы. Судя по вопросам, которые звучали на недавней конференции в Брянске, не только жители регионов, но и даже специалисты подчас, главные врачи областных больниц, не знакомы хотя бы с общими контурами этой программы: что будет делаться, какие объекты предстоит отремонтировать, какое оборудование и где предстоит установить.

Подготовка программ и тем более их реализация должны быть максимально открытыми. Надо обсуждать эти вопросы с медицинскими работниками, общественностью. Вы знаете, я упоминал уже на подобном обсуждении в Москве: у меня создалось впечатление, что московская медицинская общественность принимала прямое участие в подготовке региональной программы. Но так и должно быть! Я обращаю внимание руководителей регионов: нужно больше с людьми общаться, объяснять суть и задачи программ, рассказывать о планах применительно к конкретному городу или району. В конечном счёте от открытости зависит качество реализации этих программ. Именно так можно избежать ошибок, лучше почувствовать проблемные точки и верно расставить приоритеты.

Подчеркну: на программы мы выделяем значительные ресурсы, и, как договорились, главы регионов обязаны обеспечить личный контроль за эффективным использованием этих средств, за должным выполнением намеченных планов. В свою очередь Министерство здравоохранения и соцразвития с участием заинтересованных федеральных органов власти должно обеспечить постоянный мониторинг этих программ. Считаю, что полученные данные следует в ежемесячном режиме размещать на официальных сайтах Минздравсоцразвития и субъектов Российской Федерации – ежемесячно!

Словом, и государственный, и общественный контроль нужен – строгий и на постоянной основе. В этой связи хочу ещё раз вернуться к вопросу о стоимости строительных работ. Напомню, Минрегион в январе этого года утвердил нормативы предельной стоимости капитального и текущего ремонта объектов здравоохранения. Я знаю, что по строительным нормам у регионов были вопросы, и подчас справедливые вопросы. Поэтому на совещании в Первой градской больнице в Москве, о котором я уже упомянул, дано поручение ещё раз внимательно посмотреть эту тему. И 4 марта Минрегион издал новый приказ, определивший коэффициенты стоимости ремонта с учётом особенностей помещений и требований к ним, в том числе для медучреждений, которые расположены в зданиях, признанных памятниками архитектуры.

Такие учреждения в таких зданиях у нас есть. Понятно, что при реконструкции медучреждения власти должны учитывать требования соответствующих организаций, которые занимаются охраной памятников культуры, и это стоит дороже. Добавлю, что ценовые ориентиры будут установлены и по медицинскому оборудованию.

Крайне важно и при формировании, и при реализации региональных программ не допустить, как говорит-

ся, в новые стены старые порядки. И здесь хочу ещё раз вернуться к проблеме очередей в поликлиниках. Вот картинки показывают вам на мониторе... В прошлом году я уже давал поручение на этот счёт. О принятых мерах отчитались, отчёты мы тоже видели.

Что происходит на деле? Я думаю, что сами руководители должны узнать свои учреждения, которые сейчас выведены на монитор. Такая ситуация, которую мы видим сейчас на экранах, к сожалению, типична для очень многих городов и посёлков.

Люди с шести-семи утра вынуждены занимать очереди. Это, кстати говоря, не связано с эпидемией гриппа. Стоять на морозе у дверей поликлиник – это приходится делать ветеранам Великой Отечественной войны, беременным и женщинам с детьми, пожилым людям. Вот проверка что установила: в поликлинике №14 Барнаула в очереди стояло 102 человека, в поликлинике №2 Пскова – 86 человек, в Йошкар-Оле – 80. Время ожидания приёма доходит трёх-четырёх часов в поликлиниках Благовещенска, Смоленска, Мурманска и Вологды.

Вот отчёты прислали о том, что сделали. В отчётах вроде всё ничего, а вот в жизни вот это вот происходит. Ясно, что это такая непростая проблема, но ясно также, что, если мы не будем на вещи смотреть открытыми глазами и не будем видеть реалий, мы никогда эти проблемы и не решим. Нужно знать, как бы ни было печально, что происходит в жизни, реагировать на это и добиваться решения. Я знаю, что когда мы концентрируем усилия – административные, финансовые, организационные, мы добиваемся этих решений. Это то, с чем люди сталкиваются ежедневно в своей жизни. Нам с вами нужны не бумажные отчёты, а организация нормальной человеческой работы медицинских учреждений. Я очень рассчитываю на то, что в ходе работ по реализации программ по модернизации здравоохранения и эти проблемы будут решаться. Они ведь, эти программы, делаются не для того, чтобы деньги истратить на ремонт и покупку оборудования, а чтобы улучшить качество обслуживания граждан Российской Федерации».

Министр здравоохранения и социального развития Российской Федерации Т.А. Голикова отметила, что программы государственных гарантий предоставления гражданам бесплатной медицинской помощи являются основополагающим механизмом для организации финансирования системы здравоохранения в каждом регионе Российской Федерации, в особенности с учётом того, что с 2013 года система обязательного медицинского страхования должна заработать полноценно: «Если сравнивать с 2009 годом, то к 2012 году стоимостное обеспечение территориальных программ возросло практически на

25%, но при этом в таких регионах, как Алтайский край, Республика Тыва, рост расходов между 2009-м и 2012 годом составляет всего 3–4%. Это означает, что все усилия, которые осуществляются в рамках программ модернизации здравоохранения, не приведут к 2013 году ни к чему.

Мы постепенно, поэтапно должны переходить на увеличение доли обязательного медицинского страхования в финансировании здравоохранения. Такая тенденция имеется в большинстве программ. Такое повышение происходит с 51% до 54% даже по тем пяти статьям, которые сегодня финансируются за счёт системы ОМС. Но есть ряд регионов, где эта доля ниже среднего и даже ниже 40%, я имею в виду долю обязательного медицинского страхования. Это Тульская область, Ханты-Мансийский, Ямало-Ненецкий автономные округа, Магаданская и Сахалинская области.

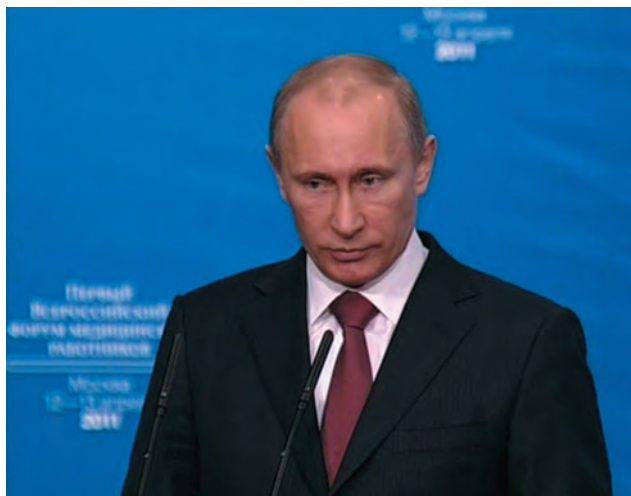
Мы обращаем внимание губернаторов на то, что в 2013 году при такой структуре невозможно будет перейти на систему обязательного медицинского страхования и невозможно будет обеспечить, в том числе, выплату заработной платы тем специалистам, которые работают в системе обязательного медицинского страхования.

Тариф на неработающее население – второй источник обеспечения программы госгарантий. Основная масса регионов предусмотрела рост, но есть очень низкие показатели, которыми отличаются такие регионы, как Владимирская, Воронежская, Московская, Орловская, Тульская, Курганская, Тюменская области, Республика Дагестан, Северная Осетия-Алания, Марий Эл, Бурятия, Алтайский и Приморские края.

Ещё один момент в этой связи. Не обращается внимание на необходимость исполнения федеральных нормативов. Например, амбулаторные посещения в Ленинградской области, Чеченской Республике, Республике Ингушетия: объём амбулаторных посещений очень низкий. Это свидетельствует о том, что опять будут лежать в больницах, а первичное звено работать не будет».

В заключительном слове В.В. Путин еще раз отметил высокую важность вопросов модернизации здравоохранения: «У нас много текущих проблем, но абсолютно недопустимо вопросы такого качества передвигать в разряд малозначимых. Это вопросы, от которых зависит жизнь и здоровье граждан России, будущее страны».

Председатель Правительства Российской Федерации В.В. Путин принял участие в работе Всероссийского форума медицинских работников



«От того, может ли человек получить качественную медицинскую помощь, от того, в каких условиях работают врачи и медсёстры, как они выполняют свой долг перед пациентом, зависит судьба конкретных людей, их семей, будущее всего нашего государства. Цена задуманных нами преобразований очень высока, но ещё выше цена надежд и ожиданий миллионов граждан России. И наша с вами общая цель – оправдать эти надежды и это доверие граждан».

В.В. Путин на Всероссийском форуме медицинских работников
(13 апреля 2011 г.)

Председатель Правительства Российской Федерации В.В. Путин:

«Добрый день, уважаемые друзья! Прежде всего, большое вам спасибо за приглашение принять участие в вашем форуме.

Мы уже на протяжении как минимум полугода на федеральном уровне, практически на всех федеральных телевизионных каналах говорим и пытаемся обсуждать вопросы, связанные с развитием отечественного здравоохранения. Но моё общение на бытовом уровне с моими личными знакомыми и друзьями, которые работают в сфере здравоохранения, показало, что медицинская общественность всё-таки об этом мало что знает. И поэтому такая встреча со специалистами со всех территорий Российской Федерации очень востребована, с тем чтобы медицинские работники напрямую, прямо из первоисточников – от Министерства здравоохранения и соцразвития, от наших экспертов и специалистов – узнали бы, что планируется сделать в сфере здравоохранения, а наши эксперты, руководители ведомства могли бы услышать вас и при необходимости своевременно внести коррективы в те планы, которые сейчас формируются.

Хочу вспомнить Солженицына, который говорил о главном приоритете любого государства – о сбережении нации. И это, безусловно, остаётся нашим важнейшим приоритетом. Мы последовательно увеличиваем инвестиции в социальную сферу, образование, здравоохранение и начиная с 2006 года приступили к реализации, как вы знаете, национальных проектов, в каждом из которых есть ярко выраженная демографическая составляющая.

Нам удалось снять – правда, снять – самые острые, самые кризисные проблемы. Прежде всего мы остановили разрушительные тенденции, которые ставили под вопрос сами перспективы существования, развития государства, которые грозили нам настоящей катастрофой в том случае, если бы мы ничего не предпринимали. И, несмотря на все наши усилия (а их было немало), всё-таки за пять последних лет население страны сократилось на 500 тыс. человек: это тяжёлые цифры. Правда, мы не должны забывать, что в 1990-е гг. Россия каждый год теряла по 700–800 тыс. человек, иногда к миллиону приближалась эта цифра.

Сейчас мы, конечно, отступили от этой крайней черты, от пропасти. И хотя впереди ещё очень много работы, всё-таки доказали: демографические проблемы, какими

бы сложными они ни казались, всё-таки подлежат решению, их можно решать. С 2005 года продолжительность жизни в нашей стране выросла почти на четыре года: рождаемость – на 19%, а смертность уменьшилась более чем на 11%. При этом значительно (на треть) снижен уровень младенческой смертности. С 2005 по 2010 год, например, продолжительность жизни в России увеличилась с 65,3% до 68,9% – почти до 69 лет.

Конечно, в основе социального благополучия, безусловно, лежат экономика и успехи в сфере экономического развития. Но постановка вопроса, при которой предлагается иногда сначала добиться экономического процветания, а потом решать социальные проблемы, – такая постановка вопроса не может быть принята. Я глубоко убеждён, что нам нужно и экономику развивать, и социальную сферу поддерживать. И экономика, и социальная сфера, конечно, должны находиться в известной гармонии.

Мы будем и дальше вкладывать ресурсы в человека, благополучие семьи, создание условий для полноценной жизни и самореализации наших граждан, жилищные программы, образование, охрану материнства и детства, медицину. И от этих планов, конечно, государство не намерено отступать. Хотя, конечно, решать эти проблемы, особенно в условиях мирового финансового кризиса, было очень сложно. Само принятие решения о выделении таких значительных ресурсов на дальнейшее развитие образования в условиях кризиса было сложным. Имею в виду огромное количество факторов неопределённости в мировой и нашей экономике.

Но, как я уже сказал, считаю, что можно обеспечить и рост экономики, и повышение социальных стандартов. В своё время, в 2005 году, когда принималось решение по нацпроекту «Здоровье», у нас было много сомневающихся. Многие эксперты говорили: а нужны ли вообще эти усилия, нужно действовать по плану, спокойно и никаких экстраординарных вливаний и решений не нужно, и все эти экстраординарные действия, как правило, не приносят должного эффекта, а деньги просто спалим и всё. Но сейчас практика показала, что мы приняли тогда правильное решение.

Можно посмотреть, каких результатов мы достигли за счёт совместной работы федеральных, региональных властей и здесь присутствующих, и ваших коллег – медицинского сообщества.

Всё меньше наших граждан умирает от туберкулёза и от дорожных травм. Начала снижаться смертность от болезней системы кровообращения и от онкологических заболеваний.

В период реализации комплекса мероприятий по профилактике и лечению туберкулёза, например, с 2008 по 2010 год смертность от этого заболевания сократилась на 16,2%. А меры по созданию системы оказания медпомощи при дорожных травмах в период с 2008 по тот же самый 2010 год привели к снижению смертности при дорожных травмах на 20%. Это всё-таки уже солидно.

Есть определённые снижения и от болезней системы кровообращения. Там цифры гораздо более скромные – 4,5%, но за ними конкретные люди, жизни конкретных людей.

Около 10 тыс. лечебных учреждений получили современную медицинскую технику, а служба скорой помощи – более 13 тыс. автомобилей, новых, хорошо оборудованных. Время ожидания диагностических обследований в поликлиниках сократилось более чем в 3 раза, почти в 2 раза сократилось время приезда к пациентам бригад скорой помощи.

Особое внимание мы уделили будущим мамам и новорождённым. В рамках программы «Родовой сертификат» медицинская помощь оказана около 8 млн женщин и около 4 млн малышей. И что важно, в этом секторе здравоохранения уже сформировалась эффективная конкурентная среда между родильными домами: женщина имеет право выбрать тот роддом, где ей обеспечат наиболее комфортные условия.

Эти мероприятия не кардинальным, конечно, образом, но всё-таки повлияли и на уровень доходов медицинского персонала. Заработная плата врачей, работающих по системе родового сертификата, в среднем повысилась на 20%. Кроме того, в 2010 году открылось 11 новых перинатальных центров, оснащённых самым современным оборудованием. До конца текущего года должно быть введено в эксплуатацию ещё 12 таких центров. И те из вас, кто бывал там, знакомился с работой этих центров, я думаю, убедились в целесообразности такой программы. Не знаю, как у вас, а у меня чувство гордости возникает, когда я вижу людей, которые там работают, и условия, в которых они там трудятся. Это всё-таки совсем другой уровень, часто даже опережающий тот уровень, который достигнут у наших соседей, скажем в европейских странах.

Мы продолжаем создавать условия для повышения доступности медицины высоких технологий. За пять лет высокотехнологичную помощь получило более 1 млн пациентов. Это, конечно, значительно больше, чем было в предыдущие годы, но этого, конечно, тоже мало. И когда я думаю о том, что кому-то эта помощь не оказана, сердце сжимается, потому что за этим реально судьбы и жизни людей стоят.

Уже работает тем не менее семь высокотехнологичных медицинских центров – в Пензе, Чебоксарах, Астрахани, Хабаровске, Красноярске, Челябинске, Тюмени. В текущем году должно быть введено в строй ещё пять таких центров.

В целом за счёт нацпроекта «Здоровье» в здравоохранение за пять лет дополнительно поступило около 780 млрд рублей. Это, подчеркну, помимо текущего финансирования, которое не сокращалось, а, наоборот, увеличивалось. Мы продолжим реализацию всех проводимых в рамках нацпроекта мероприятий: до 2013 года только из федерального бюджета на эти цели будет выделено 788,7 млрд рублей.

Особо подчеркну: наша совместная работа в рамках нацпроекта создала основу для широкой модернизации российского здравоохранения. Но мы хорошо понимаем, что остаётся ещё много проблем, что медицина по-прежнему требует больших финансовых вложений.

В прошлом году, когда страна только выходила из кризиса, у нас также было много споров о дальнейших планах по развитию здравоохранения. Мы приняли решение реализовать новый социальный проект в этой сфере, запустить масштабные программы модернизации здравоохранения в регионах Российской Федерации. Чтобы понять логику и мотив наших действий, нужно просто посмотреть на реалии, правде в глаза.

Мы говорили о наших некоторых положительных тенденциях в системе здравоохранения и в целом есть о чём сказать. Но всё-таки продолжительность жизни в нашей стране значительно ниже, чем в соседних (тех же европейских странах), на 8–10 лет. Смертность населения от тех же самых болезней, о которых я сейчас упоминал, от болезней системы, скажем, кровообращения, превышает показатели стран Западной Европы в 4–5 раз, младенческая смертность в 1,5–2 раза выше.

Более 30% российских больниц не имеют горячей воды, свыше 8% – водопровода, 9% канализации не имеют. В капитальном ремонте нуждается четверть медицинских учреждений Российской Федерации. Если говорить о техническом состоянии и оснащении, то более 60% рентгеновских, например, аппаратов и почти половина аппаратов УЗИ и электрокардиографов выработали свой ресурс.

Зарплаты многих медицинских работников едва превышают прожиточный минимум. И такое отношение к врачу в свою очередь оборачивается низким качеством медицинской помощи – совершенно очевидный факт. Очевидно также и то, что затягивать преобразования в здравоохранении, брать паузу, ссылаясь на кризис, временные трудности, конечно же, невозможно.

И тогда, и сейчас на все 100% убеждён, что мы приняли единственно верное решение – сформировали финансовую основу для региональных программ. Теперь у нас есть возможность за два года дополнительно вложить в систему здравоохранения ещё, кроме текущего финансирования, очень приличные деньги – 460 млрд рублей – на приведение в порядок той самой сети медицинских учреждений в российских городах и селах, о которой я только что говорил. По сути, это вложение в здоровье человека, повышение качества и доступности медицинской помощи и, конечно, людей, которые ежедневно выполняют благородную миссию – приходят на помощь к больному.

В течение ближайших двух лет в отечественном здравоохранении должны произойти серьёзные изменения. И главное – их должны почувствовать, ощутить эти положительные изменения граждане Российской Федерации.

Уважаемые друзья!

Позвольте остановиться на приоритетных вопросах, на которых необходимо сконцентрировать общие усилия всех уровней власти и врачебного сообщества.

В рамках региональных программ модернизации прежде всего предстоит укрепить первичное звено здравоохранения – это районные, городские больницы и поликлиники, фельдшерско-акушерские пункты и амбулатории на селе: именно они оказывают до 80% медицинской помощи населению.

В ближайшие два года будет отремонтировано более 40% государственных и муниципальных лечебных учреждений, завершено строительство всех начатых объектов (для справки могу сказать, что планируется отремонтировать около 8 тыс. из 18 тыс. государственных и муниципальных учреждений здравоохранения). В систему здравоохранения поступит более 100 тыс. единиц современной медицинской техники. Номенклатура очень широкая – примерно 1 тыс. 400 моделей и образцов. На эти цели за два года будет направлено 100 млрд рублей из федерального бюджета – это около половины сегодняшнего годового объёма рынка медицинской техники.

Мы должны выстроить чёткий, понятный и прозрачный процесс закупки оборудования и ремонта зданий, исключить любые спекуляции, отсекай фирмы-однодневки, разного рода коррупционные проявления. Для этого будут внесены соответствующие изменения в законодательство. Важно не только организовать ритмичные поставки, монтаж оборудования, но, конечно, и обучать медицинский персонал работать на нём – работать качественно и сохранять оборудование, которое будет приобретаться.

В январе на съезде Федерации независимых профсоюзов мы говорили о том, что соответствующие нормы должны быть зафиксированы в коллективных договорах. Нужно обязательно предусмотреть организацию стажировок, практик на базе ведущих центров и клиник, продолжить целенаправленную работу по развитию системы переподготовки кадров.

И ещё об одном. Говоря о медицинской технике, мы, как правило, имеем в виду сложное оборудование – томографы, ультразвуковые сканеры, автоматические микроанализаторы и так далее. Между тем крайне важно, чтобы у каждого врача были так называемые портативные приборы – от компактных аппаратов УЗИ, ЭКГ до элементарного устройства для измерения давления, всё то, что позволяет повысить точность диагностики и качество предлагаемых медицинских услуг, качество лечения. Особенно хорошо должен быть оснащён врач, работающий в отдалённых районах, где ему приходится быстро принимать решения, причём принимать решения самостоятельно.

Вы помните, какой дефицит специалистов испытывало первичное звено здравоохранения несколько лет назад. В 2005 году укомплектованность врачами участковых служб составляла 60%, а в некоторых регионах

не хватало более половины участковых врачей. В рамках нацпроекта «Здоровье» мы сохранили и, можно сказать, возродили это звено здравоохранения, привлекли на работу новых врачей и средний медперсонал. Был повышен уровень оплаты труда более 300 тыс. медицинских работников первичного звена, более 50 тыс. участковых врачей прошли переобучение, получили дополнительные знания. Коэффициент совместительства на врачебном участке сократился с 1,6% в 2005 году до 1,1% в 2010 году.

Нам необходимо, конечно, двигаться дальше, и прежде всего речь идёт об изменении принципов работы участковых врачей. Сейчас до половины своего рабочего времени они тратят на выписывание разного рода справок, направлений и рецептов, то есть на те вещи, которые имеют лишь косвенное отношение к самому процессу лечения и диагностики. И как шутят некоторые мои знакомые из вашего сообщества: врач о пациенте помнит всё, а бумажки пишет для прокурора. Вот такая ситуация, конечно, неприемлема и должна быть изменена.

Надо раз и навсегда решить вечную проблему отечественного здравоохранения – избавить врачей и медицинский средний персонал от заполнения вороха подчас бессмысленных бумаг, а ту информацию, которая реально необходима, перевести в электронную форму, включая ведение истории болезни. Минздравсоцразвития должно оперативно завершить разработку порядка оказания первичной медпомощи, определить обязанности участкового врача и медицинских сестёр.

Повышение эффективности работы первичного звена, рост квалификации участковых врачей, качества оказываемой ими медицинской помощи, вне всякого сомнения, даст весомую отдачу с точки зрения профилактики, раннего выявления заболеваний. Выиграют и сами медицинские работники: учитывая современный механизм финансирования медицинской помощи, когда деньги следуют за пациентом, значительная часть средств останется именно в первичном звене здравоохранения, что напрямую должно сказаться и на повышении зарплат участковых врачей и медсестёр.

Несколько слов о сельском здравоохранении. На съезде Ассоциации крестьянских (фермерских) хозяйств, которое недавно мы проводили в Тамбове, договорились уделить повышенное внимание развитию медицины на селе, тем более что за последнее время ситуация здесь, к сожалению, не улучшилась, а скорее, наоборот, деградирует.

Это тенденция плохая, неприемлемая, и, безусловно, её нужно переломить. За предстоящие два года предстоит переоборудовать не менее 2 тыс. фельдшерско-акушерских пунктов, дополнительно открыть ещё около 300, организовать на селе более 1 тыс. офисов врачей общей практики.

Отмечу, что положительный опыт перевода участковых служб в сельских районах на работу по принципу

врача общей практики в регионах есть – например, в Астраханской и Пензенской областях, Республике Чувашия, в Татарстане, где врачебная помощь максимально приближена к сельскому населению.

И конечно, нужно создавать такие условия, чтобы специалисты, особенно молодые специалисты, которые приходят после высших учебных заведений, шли на работу в сельскую медицину охотно. Если посмотреть, что в некоторых регионах происходит (скажем, на примере Смоленской области – это всего 150 км от Москвы), в самом Смоленске около 50 врачей приходится на 10 тыс. человек, а рядом в сельской местности 15 не наберётся.

И в городе, и на селе в рамках программ модернизации надо будет внедрить самые современные стандарты медицинской помощи, причём система государственных гарантий должна работать на деле. Человек независимо от того, где он проживает, должен иметь возможность воспользоваться бесплатной, качественной, доступной медицинской помощью.

Также в полной мере должен заработать новый закон «О медицинском страховании». Для гражданина это будет означать возможность выбирать врача, медицинское учреждение, а также страховую компанию, идти в ту поликлинику или больницу, где ему предоставят лучшую медицинскую помощь.

Мы с вами говорили, какие значительные ресурсы необходимы для модернизации здравоохранения, говорили о поставках современного оборудования и о ремонте помещений, зданий, сооружений. Но мы никогда не добьёмся успеха, если не сможем изменить отношение медицинских работников к себе и своему труду.

Известный русский философ Иван Александрович Ильин однажды спросил своего врача о секрете мастерства. И тот ответил: любовь к больному, потому что если этого нет – дальше продолжил врач Ильина, – то нет главного двигателя – души и сердца.

К сожалению, этот двигатель иногда, и надо прямо об этом говорить, барахлит в нашем здравоохранении. На сайт Правительства, в общественные приёмные поступает много обращений от граждан, которые жалуются на некорректное, незитичное отношение к ним со стороны медработников, а порой, чего скрывать, на вымогательство. Такие вещи неприятно говорить, но это есть. Лучше об этом сказать – сказать и думать, как решать эти проблемы. В конечном счёте от каждого из нас зависит, что происходит в том или ином учреждении, какое отношение складывается между людьми, которые в это учреждение приходят, и теми, кто в нём работает. Многие проблемы не решаются не потому, что денег нет, а потому, что решением этих проблем никто не занимается.

Возьмём пресловутые очереди. У нас есть люди, которые днями просиживают в душных коридорах – об этом недавно говорили, кстати, на совещании в Рязани. И кто хотел услышать проблему – услышал и при-

няли соответствующие меры. Например, в Челябинской области в онкологической поликлинике сразу внесли изменения. Сразу! Регистратура заработала с половины восьмого утра, пять окон для записи к специалистам дополнительно появилось, добавили число кабинетов для врачей, подвинув при этом руководящий состав. А вот в некоторых регионах ничего не услышали и, видимо, опять ждут, что кто-то сверху займётся разбором полётов.

Считаю, что нам нужно выстроить чёткую, понятную, эффективную систему управления качеством медицинской помощи. В жалобах, которые поступают от людей, часто говорится о недобросовестном выполнении медперсоналом своих профессиональных обязанностей, а иногда и о прямом нанесении вреда здоровью больного.

Я предлагаю ежегодно публиковать рейтинги медицинских учреждений и страховых компаний с обязательным учётом оценок пациентов. И начать нужно с государственных учреждений здравоохранения, крупных страховых компаний и частных медицинских организаций.

Считаю, что информация о реальном состоянии дел в лечебных учреждениях, результатах рассмотрения жалоб граждан должна быть абсолютно открытой. Скрывать, замалчивать неприглядные явления, покрывать ошибки – абсолютно неприемлемо и недопустимо ни для пациентов, ни для медицинского сообщества. Уверен, чем полнее и объективнее будет информация, тем быстрее пойдёт процесс позитивных перемен в системе здравоохранения.

Уважаемые друзья! Мы с вами говорили об отношении врачей к пациентам, о качестве работы. Конечно, на справедливые жалобы наших граждан нужно реагировать. Но и сами медицинские работники заслуживают того, чтобы их услышали, их поняли, их понимали. Многие врачи и медсёстры не скрывают: когда зарабатываешь копейки – не до улыбок, не до хорошего настроения.

Не секрет, что, получив высшее образование, врачи, придя в больницу или поликлинику, получают ставку 5–7 тыс. рублей в месяц и, чтобы прокормить семью, вынуждены совмещать по несколько ставок, набирать ночные дежурства, работать порой по две смены подряд.

Абсолютно очевидно, медицинские работники должны получать достойную заработную плату. И в рамках региональных программ должно быть сделано всё, чтобы это было именно так. Ввод новых стандартов, в которых будет чётко прописано, сколько получают за оказание того или иного вида помощи врач, фельдшер, медсестра, – это хороший инструмент для решения этой проблемы. При этом тариф оплаты труда медработника будет выше, чем сейчас. Думаю, что подавляющее большинство из здесь присутствующих понимает, о чём идёт речь. Например, сейчас из расходов на операцию по резекции желудка на оплату труда уходит 5,6 тыс. рублей.

По новому стандарту это уже будет 12,5 тыс. рублей. В результате за два ближайших года фонд заработной платы медработников должен увеличиться как минимум на 30–35%. Конечно, это только первые шаги и этого недостаточно – очевидный факт. Нужно думать о том, что дальше будет происходить в этой сфере.

Здесь хочу сказать о взносах в Фонд обязательного медицинского страхования. Мы повысили их на 2%. Более того, начиная с 2013 года эти отчисления будут целиком направляться на финансирование медицинской помощи, включая оплату труда медработников, что должно привести к дальнейшему заметному росту заработной платы.

Также напомним, что в рамках реформы бюджетных учреждений у руководителей появятся новые возможности финансово поддержать наиболее востребованных специалистов. И конечно, мы продолжим прямую индексацию заработных плат бюджетников: с июня, как вы знаете, это будет по закону (у нас закон уже принят) 6,5%, осенью мы вернёмся к этому вопросу ещё раз, посмотрим на то, как функционируют у нас экономика, социальная сфера. Вернёмся к этому ещё раз, я уже говорил об этом на одном из мероприятий по линии «Единой России».

Вместе с тем отмечу, что материальное положение и условия жизни медработников во многом зависят и от региональных властей. Почему у нас отдельные регионы, не имеющие никаких сверхдоходов, находят ресурсы, чтобы формировать сильные врачебные коллективы, привлекать молодых специалистов, а другие такими проблемами не занимаются практически вообще?

Хочу остановиться на положительном примере. Например, в Пензенской области врачи ряда востребованных специальностей получают ежемесячную региональную надбавку в размере 10 тыс. рублей, операционные сёстры – в размере 5 тыс. рублей. А с мая этого года запускают свою программу привлечения специалистов в регионе. Врач, в том числе выпускник вуза, приехавший на работу в Пензенскую область, получит финансовую помощь. За три года работы размер таких подъёмных составит 375 тыс. рублей, в том числе их можно использовать и на погашение ипотечных кредитов для решения жилищных вопросов. 150 тыс. рублей – первые единовременные выплаты, 50 тыс. рублей – по окончании первого года работы, 75 тыс. рублей – по окончании второго года работы и 100 тыс. рублей – по окончании третьего года работы.

Замечу, что, по оценкам экспертов, в целом по стране около 70 тыс. молодых врачей нуждается в жилье. И ежегодно лишь только 2–2,5 тыс. из них решают свою жилищную проблему. Нам вместе нужно предметно заниматься этой темой, использовать уже имеющийся опыт. Например, в Хабаровском крае муниципалитеты предоставляют жильё выпускникам медицинского университета, принятым по целевому набору, и, конечно, очень правильно делают.

Повторю, очень многое зависит от позиции регионов, желания реально заниматься проблемами здравоохранения и медицинских работников. Мы такую инициативу всегда будем поддерживать. Для этого, хочу вас проинформировать, создается специальный стимулирующий фонд в размере 30 млрд рублей, из которого будем дополнительно финансировать субъекты Российской Федерации, которые активно развивают здравоохранение. И у таких регионов, как Пензенская область, Хабаровский край, другие регионы, думаю, есть очень большие возможности и шансы получить часть этих ресурсов. Будем давать деньги туда, где работают над проблемой.

Хотел бы затронуть сегодня ещё ряд достаточно острых тем. Существует проблема, которая напрямую связана с оплатой труда рядового медперсонала, – это большой штат руководителей в здравоохранении. Уровень зарплаты самого низкого персонала в значительной степени зависит от того, сколько у нас начальников и руководителей. Так, для справки, в 2010 году в медицинских учреждениях насчитывалось 28 тыс. главных врачей и их заместителей по лечебной работе. У многих главных врачей больниц появилось 8, а то и 10 заместителей, да ещё помощники, референты и так далее и так далее.

Мы как-то договаривались в Правительстве, чтобы у министров было не больше двух, а потом как грибы – не удержать просто! Всё замы, замы, помы... И у главных врачей то же самое происходит. Ну уж ладно, у министра обороны три, четыре, пять... Но у главврача 8–10 – ну многовато!

Одновременно мы наблюдаем неоправданно большой разрыв уровня зарплаты руководителей лечебных учреждений и самих специалистов-врачей – в некоторых регионах разница в 5–7 раз. На зарплату только врачебного руководства в год уходит более 15 млрд рублей.

Считаю, что количество чиновников в здравоохранении явно разрослось и его нужно привести в оптимальное соответствие со здравым смыслом и реальными потребностями отрасли. Главное, на ком держится здравоохранение, – это практикующий врач, фельдшер, медсестра. Именно из этого и нужно исходить при распределении фонда оплаты труда.

И конечно, нельзя требовать от медработника эффективной, самоотверженной работы, не создав для него нормальных условий. Об этом у нас зачастую не думают, забывают и о горячей еде в суточное дежурство в больнице, и о душе после операции, и даже о нормальной чистом халате.

Что касается халатов, то некоторые лечебные учреждения их вообще практически перестали закупать – предлагают врачам обеспечивать себя своими силами. Видимо, кому-то невыгодно размещать заказы на такое, с позволения сказать, оборудование.

В результате все эти, казалось бы, мелочи вкупе с низкими заработными платами, бытовой неустроенно-

стью складываются в одну большую проблему, название которой – снижение престижа и авторитета профессии. Я прошу руководителей здравоохранения, общественные объединения обращать на организацию условий труда самое пристальное внимание в ходе реализации региональных программ.

Отдельно хочу остановиться на проблеме выпускников медицинских вузов – интернов. Это тема, которая также сегодня вызывает много вопросов, в них нужно разобраться и найти правильное решение. Сейчас интернатуру можно проходить только на базе образовательных учреждений – в России порядка 55 медицинских академий и университетов. А как быть интерну в регионе, где таких вузов нет?

Получается, например, что выпускник не может поехать к себе домой на работу, скажем, в Магадан или на Камчатку, а вынужден год практиковаться в вузах во Владивостоке или Хабаровске, если взять для примера такой проблемный регион, как Дальний Восток. За это время многие успевают создать семью, завести детей, найти постоянное место где-то в клинике или вообще где-то на стороне, и через год человек уже и возвращаться никуда не хочет, и на самом деле можно понять.

К этому нужно добавить, что интерн в течение года получает не зарплату, а стипендию в размере 2 тыс. 700 рублей. Фактически мы толкаем уже взрослого человека с высшим образованием заниматься чем угодно, крутиться как угодно, но не уделять время своему профессиональному росту.

Прошу Минздравсоцразвития, Минобрнауки и Минфин снять в самое ближайшее время все эти вопросы и по порядку прохождения интернатуры, и по материальному обеспечению интернов. Прошу сделать такие предложения.

И в заключение хотел бы сказать следующее. От того, может ли человек получить качественную медицинскую помощь, от того, в каких условиях работают врачи и медсестры, как они выполняют свой долг перед пациентом, зависит судьба конкретных людей, их семей, будущее всего нашего государства. Цена задуманных нами преобразований очень высока, но ещё выше цена надежд и ожиданий миллионов граждан России. И наша с вами общая цель – оправдать эти надежды и это доверие граждан. Думаю, мы вместе с вами эту задачу вполне в состоянии решить. Спасибо большое за внимание».

Об итогах работы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации в 2010 году и задачах на 2011 год

Доклад Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации Т.А. Голиковой на расширенном заседании коллегии Минздравсоцразвития России 25 марта 2011 года



Год назад, на расширенном заседании коллегии, посвященном итогам 2009 года, мы говорили о тяжелых последствиях мирового финансово-экономического кризиса, о негативном воздействии сокращения объемов валового внутреннего продукта и промышленного производства на динамику ряда ключевых социальных показателей.

И ставили, несмотря на сложности периода, задачи наращивания уровня социальных гарантий.

Сегодня хотелось бы поговорить об итогах и результатах и сравнить их с тем, что мы имели по итогам 2009 года.

Более того, меры по материальной поддержке малообеспеченных групп населения, прежде всего пенсионеров, несмотря на сложность периода были самыми значительными за последние 10 лет.

Была проведена валоризация пенсионных прав граждан, приобретенных до 1 января 2002 года. Введены социальные доплаты к пенсиям, размеры которых были ниже региональных прожиточных минимумов. Проведена индексация трудовых пенсий, дважды проиндексированы социальные пенсии.

Социальные доплаты к пенсии получили около 5 млн. пенсионеров. Половина из них (почти 2,5 млн. человек, проживающих в 65 субъектах Российской Федерации) получили федеральную доплату. Наибольшие прибавки к пенсии за счет социальных доплат установлены получателям пенсии по случаю потери кормильца и социальной пенсии. Решена важнейшая социальная задача - средний размер социальной пенсии превысил прожиточный минимум пенсионера.

В декабре 2010 года средний размер пенсии составил почти 7600 рублей, в том числе трудовой пенсии по

старости – около 8200 рублей. Это в 1,45 раза выше, чем в 2009 году.

В целом за 2010 год рост пенсий в реальном исчислении составил около 35%. Средний размер назначенных пенсий составил 35,3% от средней начисленной заработной платы. Год назад это соотношение было значительно меньше – 27,8%.

Как и в предыдущем году, размер индексации пособий гражданам, имеющим детей, а также ежемесячной денежной выплаты отдельным категориям граждан превысил уровень инфляции.

Экономическое оживление, начавшееся в 2010 году, позволило существенно улучшить ситуацию в трудовой сфере.

В 2010 году реальная заработная плата выросла на 4,2%. Напомню, что в 2009 году отмечалось снижение реальной заработной платы на 3,5%.

Просроченная задолженность по заработной плате на 1 января 2011 года была ниже, чем задолженность на 1 января 2010 года на 1,2 млрд. рублей, или в 1,5 раза. Если в конце 2009 года численность работников, перед которыми имелась просроченная задолженность, составляла 256 тыс. человек, то в начале 2011 года она стала меньше в 2,3 раза (111 тыс. человек).

Численность работников, работавших неполное рабочее время по инициативе работодателя и по соглашению между работодателем и работником, уменьшилась с 725 тыс. человек в декабре 2009 года до 271 тыс. человек в декабре 2010 года (снижение почти в 2,7 раза).

Потребность работодателей в работниках, заявленная в службу занятости, увеличилась с 724 тыс. человек в декабре 2009 года до 982 - в декабре 2010 года (рост в 1,36 раза).

«Реализация региональных программ модернизации здравоохранения является ключевым шагом к внедрению новой системы обязательного медицинского страхования. С 2012 года мы переходим на новую систему организации обязательного медицинского страхования – организация ОМС будет являться полномочием Российской Федерации, переданным для исполнения в субъекты Российской Федерации. С 2013 года указанные полномочия будут сопровождаться субсидией, основанной на нормативах единой базовой программы ОМС».

Т.А. Голикова на расширенном заседании коллегии Минздравсоцразвития России (25 марта 2011 г.)

Численность безработных по методологии МОТ сократилась с 6,6 млн. человек в I квартале 2010 года (8,8% экономически активного населения) до 5,2 млн. человек в IV квартале 2010 года (6,9% экономически активного населения).

Численность безработных, зарегистрированных в службе занятости, уменьшилась с 2,2 млн. человек в январе 2010 года (3,0% экономически активного населения) до 1,6 млн. человек в декабре 2010 года (2,1% экономически активного населения).

Параметры занятости населения, обозначенные в Основных направлениях антикризисных действий Правительства Российской Федерации на 2010 год, выполнены.

В 2010 году 12,2 млн. человек получили государственные услуги в области содействия занятости населения. Профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации прошли 456 тыс. безработных. Почти 793 тыс. человек приняли участие в оплачиваемых общественных работах. Около 85 тыс. безработных, испытывающих трудности в поиске работы, были заняты на временных работах. Получили содействие в открытии собственного дела 285,5 тыс. безработных. На временные работы были трудоустроены 965,5 тыс. несовершеннолетних в возрасте от 14 до 18 лет, или почти 94% от общей численности учащихся, обратившихся за содействием в поиске работы в свободное от учебы время. Около 30% выпускников учреждений начального и среднего профессионального образования, ищущих работу впервые и обратившихся за содействием в поиске подходящей работы, были трудоустроены при содействии органов службы занятости (24,8 тыс. человек).

Организованы и проведены специальные мероприятия по обеспечению занятости работников ОАО «АвтоВАЗ», ОАО «Вятско-Полянский машиностроительный завод «Молот», по опережающему профессиональному обучению штурманов и бортинженеров, увольняемых в связи с реорганизацией и переходом авиакомпаний на современные воздушные суда. Специальные программы реализовывались в Северо-Кавказском федеральном округе и в монопрофильных населенных пунктах.

Поддержка занятости населения имеет огромное социальное значение, поскольку позволяет поддержать как

моральное, так и материальное положение многих российских семей.

Эти мероприятия получили положительную оценку у руководства страны.

Весь 2010 год проходил под знаком празднования знаменательной даты – 65-летия Победы в Великой Отечественной войне. На федеральном уровне и в субъектах Российской Федерации была проведена огромная работа по поддержке одной из наиболее значимых категорий населения – ветеранов Великой Отечественной войны. Хочу поблагодарить всех, кто активно участвовал в этой работе.

Несмотря на финансово-экономический кризис мы работали и приступили к реализации масштабных программ. Главные из них - переход на новые принципы обязательного медицинского страхования и введение государственного регулирования обеспечения населения лекарственными препаратами. Принятые в 2010 году федеральные законы «Об обязательном медицинском страховании» и «Об обращении лекарственных средств» поэтапно должны коренным образом изменить ситуацию в этих сферах и обеспечить в короткие сроки решение важнейшей социальной задачи – выйти на новый, существенно более высокий уровень доступности и качества медицинской помощи.

В 2010 году по всей стране развернулась широкомасштабная программа формирования здорового образа жизни. Правительством Российской Федерации утверждены ключевые документы, подготовка которых была долгой, но они получили свое подтверждение в нормативных документах Правительства.

Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактики алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года, Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010-2015 годы и план по ее реализации, Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года.

В 2010 году была принята Концепция совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов. Это был долгожданный документ. Мы не думали, что он приобретет силу закона.

Была подготовлена Государственная программа «Доступная среда на 2011-2015 годы», которая утверждена Правительством Российской Федерации 17 марта 2011 года. Хочу подчеркнуть, что это первая госпрограмма в сфере социальной политики.

На заседаниях Президиума Государственного Совета Российской Федерации рассмотрены вопросы социальной политики в отношении граждан пожилого возраста, а также государственной политики в отношении семьи, материнства и детства. Приняты важные решения о проведении в ближайшее время дополнительных мероприятий по повышению качества жизни этих групп населения.

В прошлом году был изменен механизм проведения и финансирования оздоровительной кампании детей, который вызвал разные оценки. Соответствующие полномочия были переданы субъектам Российской Федерации.

Объем ассигнований на эти цели из бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов превысил объем средств, израсходованных в 2009 году, на 11,2% (34,5 млрд. рублей против 31 млрд. рублей).

Объем средств федерального бюджета на софинансирование мер по обеспечению отдыха детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, увеличился в 3 раза (до 4,1 млрд. рублей).

Регионам удалось предоставить всем детям равные права на отдых и оздоровление. В 2010 году в детских оздоровительных учреждениях отдохнуло 8,6 млн. детей, что почти на 20 процентов больше, чем в предыдущем году.

В результате последовательной реализации мер социальной и демографической политики на федеральном и региональном уровнях положительная динамика демографических процессов в 2010 году получила дальнейшее продолжение и развитие.

Напомню, что 2010 год был годом завершения первого этапа реализации концепции демографической политики.

Цели и задачи первого этапа реализации Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, который осуществлялся в 2007-2010 годах, выполнены полностью.

В 2010 году родились 1 млн. 789,6 тыс. детей, что на 27,9 тыс. детей (на 1,6%) больше, чем в 2009 году. Коэффициент рождаемости составил 12,6 на 1000 населения против 10,4 в 2006 году (рост на 21,2%).

Мы считаем, что это хороший результат тех действий и мероприятий, которые реализовывались всеми участниками этого процесса.

По предварительной оценке суммарный коэффициент рождаемости, который характеризует средний уровень рождаемости одной женщины репродуктивного возраста, в 2010 году составил 1,59. В 2006 году он составлял лишь 1,30.

Общий коэффициент смертности снизился с 15,2 в 2006 году до 14,3 в 2010 году (снижение на 5,9%). Естественная убыль населения уменьшилась за 4 года в 2,85 раза – с 4,8 на 1000 населения в 2006 году до 1,7 в 2010 году.

Правительство Российской Федерации оперативно реагировало на демографические процессы и принимало в прошедшем году дополнительные меры по стимулированию рождаемости и улучшению материального положения семей с маленькими детьми.

С 1 января 2010 года были увеличены максимальные размеры пособия по беременности и родам, а также по уходу за ребенком до 1,5 лет лицам, подлежащим обязательному социальному страхованию.

В июле 2010 года принято решение о продлении на 1 год права на получение из средств материнского (семейного) капитала единовременной выплаты в размере 12 тыс. рублей. Этим правом воспользовались более 1,6 млн. семей.

В 2010 году были также приняты решения о возможности использования материнского капитала на строительство (реконструкцию) индивидуального жилого дома, осуществляемое без привлечения специализированных подрядных организаций, и о досрочном использовании этих средств на погашение ипотечных кредитов. Эти меры оказались очень востребованными. Правом использовать материнский капитал на погашение основного долга и уплаты процентов по кредитам и займам, на строительство или приобретение жилья воспользовались более 215 тыс. человек. Более 39 тыс. семей, получивших сертификат в 2007 году, направили средства материнского капитала на улучшение жилищных условий (без привлечения кредитных средств).

В 2010 году были приняты дополнительные меры по улучшению работы учреждений родовспоможения и детства. Повсеместно внедрялись современные формы медицинской помощи женщинам и детям. Формировалась трехуровневая система оказания медицинской помощи женщинам во время беременности и родов и новорожденным. Создавались акушерские и детские реанимационно-консультативные центры с выездными реанимационными акушерскими и неонатологическими бригадами, межмуниципальные центры перинатальной медицины. Внедрялись современные медицинские технологии, в том числе хирургические методы лечения детей с врожденными пороками развития.

Введен в эксплуатацию федеральный перинатальный центр ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова» (г. Санкт-Петербург). Завершено строительство 12-ти региональных перинатальных центров, из которых 7 (в Твери, Ростове-на-Дону, Волгограде, Кемерово, Екатеринбурге, Кирове, Курске) уже оказывают медицинскую помощь женщинам и новорожденным. В 5-ти перинатальных центрах (в Краснодаре, Томске, Саратове, Мурманске, Саранске) завершаются пуско-наладочные работы и монтаж медицинского оборудования.

В 3 субъектах Российской Федерации (Московской, Ростовской и Томской областях) приступили к реализации пилотного проекта «Пренатальная (дородовая) диагностика нарушений развития ребенка».

В 2010 году обследованием на 5 наследственных заболеваний было охвачено более 1,7 млн. новорожденных, выявлено 1157 случаев наследственных заболеваний.

Аудиологический скрининг в 2010 году проведен у 1,1 млн. детей, выявлено более 4,6 тыс. детей с нарушением слуха. Детям, нуждающимся в кохлеарной имплантации, проведено оперативное лечение. Создается сеть реабилитационных центров для детей-инвалидов с нарушениями слуха.

В 2010 году осмотрено 339,7 тыс. детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных учреждениях. Всем детям с нарушениями в состоянии здоровья проводятся лечебные и оздоровительные мероприятия.

Планировалось, что к 1 апреля 2011 года будет открыто в соответствии с показателями Нацпроекта «Здоровье» 193 Центра здоровья. Сейчас открыто более 200 центров. Это говорит о высокой заинтересованности регионов Российской Федерации и востребованности такой меры для профилактики, выявления и лечения заболеваний у детей и подростков.

Все эти меры дали результаты, которые являются самыми позитивными в группе демографических показателей. Только за 2010 год коэффициент младенческой смертности сократился на 7,4%. А за 4 года реализации программы «Родовой сертификат» и дополнительных мер по развитию системы родовспоможения удалось обеспечить снижение коэффициента младенческой смертности – на 26,4% (с 10,2 на 1000 родившихся живыми в 2006 году до 7,5 в 2010 году).

К сожалению, не могу не сказать о динамике общей смертности в 2010 году. Аномальные погодные условия июля и августа 2010 года вложили свой негативный результат в общий показатель смертности за этот год.

В целом за 2010 год количество умерших выросло на 20 тыс. человек, или на 1,0% по сравнению с 2009 годом. Коэффициент смертности составил 14,3 на 1000 населения против 14,2 в 2009 году.

Структура смертности населения осталась прежней. На первом месте болезни системы кровообращения, на втором – онкологические заболевания, на третьем – внешние причины смерти, где наибольший процент занимает смертность от самоубийств и транспортных травм, на четвертом – болезни органов пищеварения, на пятом – болезни органов дыхания.

Однако определенные положительные тенденции в количественных показателях, особенно в части смертности от наиболее распространенных болезней, все же произошли. И главная причина этого – реализация программ мероприятий по совершенствованию медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями, пострадавшим в результате дорожно-транспортных происшествий, больным онкологическими заболеваниями. За период реализации программ (начиная с 2006 года) удалось сохранить 274 тысячи жизней. Ожидаемая продолжительность жизни увеличилась за 5 лет на 3,7 года,

в том числе мужчин – на 4,1 года, женщин – на 2,5 года. Впервые за много лет этот показатель приблизился к 70-летнему порогу. Но, все же, ожидаемая продолжительность мужчин еще остается низкой и составляет 63 года, что почти на 12 лет меньше, чем у женщин.

В 2010 году показатели смертности улучшились практически по всем видам основных заболеваний.

Смертность от внешних причин снизилась на 8,1%, в том числе от дорожно-транспортных происшествий – на 3,6%, от случайных отравлений алкоголем – на 32,6%. Смертность от самоубийств уменьшилась на 11,3%.

Впервые за последние годы зафиксировано снижение смертности от новообразований и от туберкулеза. Это безусловно позитивные показатели. Но мы не можем останавливаться на достигнутом.

Нерешенные проблемы в оказании онкологической помощи населению все еще остаются. Всего лишь 47% онкологических больных выявлены на 1-2 стадиях заболевания. Остальные больные, к сожалению, выявлены на 3-4 стадиях. Именно поэтому мы имеем такой низкий процент пятилетней выживаемости больных – 50%. Работу всех врачей по раннему выявлению онкологических заболеваний, а также по развитию материально-технической базы онкологических служб, нужно существенно усилить.

В 2010 году Министерство утвердило новый Порядок оказания медицинской помощи больным туберкулезом. И, как и в ряде стран мира, обязанности по проведению наблюдаемого лечения больных туберкулезом, возложили на фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов. Теперь необходимо организовать их деятельность, включая и техническое оснащение, в соответствии с новыми методами работы.

В ряде регионов России, в том числе участвующих в приоритетном национальном проекте «Здоровье» (Липецкая, Ярославская область, Приморский край и др.), отмечен рост показателя смертности от ДТП. Прошу разобраться с тем, какими причинами это было вызвано, какие трассы дали прирост смертности.

В 2010 году в целом по России отмечено увеличение смертности от болезней системы кровообращения, органов пищеварения и случайных утоплений.

Главная причина этого – аномально жаркая погода, стоявшая в наиболее населенных регионах России в июле и августе прошлого года. Анализ ситуации в регионах, где в летний период отмечен значительный рост смертности, показал, что смертность увеличилась в основном на дому, вне лечебно-профилактических учреждений. Внутриведомственная летальность возросла незначительно. Выводы из такой ситуации неутешительные.

Я хочу привлечь ваше внимание, органов управления здравоохранением и руководителей учреждений. Постоянное наблюдение за диспансерными группами ведется недостаточно. Патронаж на дому осуществляется плохо. Активная работа с населением по предупреждению и выявлению факторов риска в аномальных условиях не

ведется. Профилактическое направление, которое, в отличие от лечебного, не требует больших дополнительных финансовых средств, развивается очень медленно. Число посещений амбулаторно-поликлинических подразделений, несмотря на значительные средства, вложенные в развитие первичной медицинской помощи, практически не увеличилось и в расчете на одного жителя осталось на уровне 2008 года – 2,4.

Показатель заболеваемости в целом по стране продолжает расти. И это объяснимо, так как рост является следствием проведения дополнительной диспансеризации, профилактических и периодических осмотров. Однако в ряде территорий происходят труднообъяснимые процессы, которые косвенно свидетельствуют о недостаточной эффективности этой работы. На фоне снижения заболеваемости здесь происходит увеличение смертности. Обращаясь к руководителям органов здравоохранения Владимирской, Псковской, Новгородской, Смоленской, Воронежской областей разобраться с этими фактами и выяснить причины таких диспропорций.

К сожалению, пока еще не в полную силу работают Центры здоровья, созданные в субъектах Российской Федерации. В прошлом году в центры обратились 2,3 млн. человек. На один центр здоровья приходилось 4710 посещений. А ведь центры могут принимать до 6 тысяч посещений в год. Факторы риска были выявлены у 66% обследованных, но к врачам амбулаторно-поликлинического звена было направлено всего 18% обратившихся.

Возникает вопрос. А что, остальные пациенты не нуждались в дообследовании и диспансерном наблюдении? Или контингент обратившихся был достаточно молодой и относительно здоровый? Думаю, что здесь регионам нужно провести дополнительную оценку. Особенно это касается республик Ингушетия, Карачаево-Черкесской, Чеченской, Мордовия, Кабардино-Балкарской, Калининградской области, где выявлены наименьшие показатели посещений жителей в Центры здоровья в расчете на 1000 населения.

Сейчас настоятельно требуется реализация иных подходов к организации амбулаторной помощи населению. В организации первичной медико-санитарной помощи должны участвовать не только врачи, но и медицинские сестры, фельдшера фельдшерско-акушерских пунктов, другие медицинские работники. Необходимо существенно улучшить взаимодействие с дворовыми хозяйствами, на которые возлагаются функции по само- и взаимопомощи (первая помощь).

В проекте федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», новая редакция которого была подготовлена и представлена в Правительство Российской Федерации, предусматривается выстроить более эффективную модель оказания медицинской помощи. Наша целевая задача – повысить эффективность медицинских услуг за счет увеличения объемов первичной медико-санитарной помощи и сокращения затрат на дорогостоящие виды стационарной медицинской помощи.

Каждый из трех видов медицинской помощи: первичная медико-санитарная помощь, включая первичную специализированную помощь, специализированная помощь, в том числе высокотехнологичная, и скорая медицинская помощь – должны решать свои специфические задачи.

В первичном звене здравоохранения необходимо развивать все элементы первичной специализированной помощи, а также создавать специальные структуры по оказанию неотложной помощи с переадресацией части вызовов со скорой медицинской помощи через единую диспетчерскую службу. В качестве необходимой составной части амбулаторного лечения должны развиваться стационарозамещающие технологии, дневные стационары и стационары на дому.

Мы начинаем масштабную модернизацию скорой медицинской помощи. На базе приемных отделений круглосуточных стационаров необходимо развивать отделения экстренной медицинской помощи, постепенно передавая им и бригады скорой медицинской помощи. Это должен быть единый механизм, когда врач напрямую будет заинтересован в своих результатах, а не оставлять больных на пороге приемных отделений, снимая с себя ответственность за их жизнь и здоровье.

Необходимо обратить особое внимание на развитие санаторно-курортной помощи, которая должна стать ключевым элементом системы оздоровления и медицинской реабилитации. К сожалению, число санаторно-курортных учреждений, особенно санаториев-профилакториев и детских санаториев, ежегодно сокращается. Этот процесс надо остановить. Закрытие санаторно-курортных учреждений считаю недопустимым. Ресурс системы медицинской реабилитации и оздоровления надо развивать.

Это один из наших пробелов в системе долечивания.

Важным направлением работы здравоохранения является удовлетворение потребностей населения в высокотехнологичных видах медицинской помощи, которая вносит весомый вклад в снижение смертности населения.

Количество медицинских учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь в рамках государственного задания, увеличилось с 207 в 2009 году до 236 в 2010 году. Высокотехнологичную помощь получили почти 290 тыс. больных, что на 35 тыс. пациентов (на 12%) больше, чем в 2009 году. Положительные результаты оказания высокотехнологичной медицинской помощи при выписке пациентов отмечены в 94% случаев.

Высокотехнологичная помощь – очень затратное мероприятие, и подготовка больных к операциям в высокотехнологичных медицинских центрах, которая проводится на местах, должна осуществляться особо тщательно.

Прошу региональные органы здравоохранения обратить на это особое внимание с тем, чтобы не допустить обоснованных отказов в оказании высокотехнологичной медицинской помощи из-за недостаточного обследования или наличия противопоказаний к операциям.

В рамках проводимой лекарственной политики в 2010 году наиболее значимым событием было вступление в силу Федерального закона «Об обращении лекарственных средств».

Проведение Президентом РФ совещаний в Козельске, Калужской области по вопросам лекарственного обеспечения и принятия соответствующих решений по совершенствованию направления лекарственного обеспечения, над которым сейчас работает наше Министерство и заинтересованные коллеги.

В качестве базового элемента государственного регулирования цен на лекарственные средства был утвержден Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, в который были включены 500 наименований лекарственных препаратов. Из них, помимо 222 лекарственных препаратов, рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения, 278 включены дополнительно.

В прошлом году удалось стабилизировать и несколько снизить цены на все группы лекарственных препаратов. Особенно на те, которые входят в перечень жизненно важных. На 13,4% увеличились объемы финансовых затрат на обеспечение лекарствами отдельных, наиболее уязвимых категорий граждан.

Однако, несмотря на проделанную работу, в ряде регионов не были решены проблемы со сроками закупок лекарственных препаратов, о чем свидетельствуют неиспользованные бюджетные ассигнования и обращения граждан об отсутствии некоторых лекарственных препаратов в начале 2011 года.

Несмотря на то, что в конце 2010 года, в декабре, было проведено селекторное совещание и все регионы отчитались о том, что не будет перебоев с обеспечением льготных категорий граждан лекарственными препаратами.

Обращаю внимание на то, что не работа электронной площадки, реорганизация тех или иных структурных подразделений министерств – не является оправданием в рамках обеспечения граждан лекарственными препаратами, которые им необходимы. Соответствующим губернаторам уже сделано предписание в рамках контрольной деятельности нашей службы надзора в сфере здравоохранения и социального развития, а также Министерства.

Коллеги, такое ощущение, что когда вы отчитываетесь по лекарственному обеспечению, не обращаете внимание на показатели, которые представляете в Росздравнадзор и в Министерство.

Напомню, что Федеральный норматив на одного льготника, который выбрал натуральное обеспечение лекарственными препаратами в 2011 году, составляет 570 рублей. Это не исчерпывающая сумма. Помимо этого представляется в дополнение к ней на одного гражданина межбюджетные трансферты. Средний норматив, который сложился или складывается в 2011 году по льготному обеспечению граждан, составляет 850 рублей.

Что мы видим по факту: обеспечение в регионах от 100, 150–200 рублей. Скажите, где остальные средства?

Количество жалоб граждан не уменьшается, – оно стабилизировалось на одном уровне. Обратите внимание.

Обращаю внимание региональных органов управления здравоохранения на недопустимость срыва сроков закупок лекарственных препаратов. Обязательства перед льготными категориями граждан должны выполняться в полном объеме и своевременно.

В рамках реализации Федерального закона «Об обращении лекарственных средств» определен порядок государственной регистрации лекарственных средств. Создан портал «Государственный реестр лекарственных средств», предоставляющий возможность отслеживать в режиме «on-line» все этапы государственной регистрации, начиная с подачи заявления о регистрации и заканчивая получением регистрационного удостоверения. Уже сейчас количество заявителей (юридических лиц), зарегистрированных на портале, приблизилось к 2 тысячам, а число пользователей портала – к 3 тысячам.

Министерство приняло решение о государственной регистрации 259 лекарственных препаратов. В государственный реестр лекарственных средств для медицинского применения включено 80 фармацевтических субстанций. Подтверждена регистрация 105 лекарственных препаратов. Принято около 2000 решений о направлении на экспертизу лекарственных средств.

Начиная с сентября 2010 года, выдано 119 разрешений на проведение клинических испытаний, 323 разрешения на вывоз биологических материалов, полученных в рамках клинических испытаний. Оформлено 256 разрешений на ввоз лекарственных средств для проведения клинических испытаний.

Впервые на сайте Министерства здравоохранения опубликованы результаты независимого органа – этического совета, экспертиза которого предшествует передаче препаратов на клинические испытания.

К сожалению, по итогам первых месяцев работы, мы вынуждены констатировать, что фармацевтическая отрасль оказалась не готова к современной системе регистрации лекарственных средств. Мы рассчитываем на то, что производители осознают ответственность за качество и безопасность предлагаемой населению продукции и сформируют в кратчайшие сроки собственную доказательную базу проведенных клинических исследований лекарственных препаратов. Это, в конечном итоге, позволит в полную силу заработать программе импортозамещения лекарственных препаратов.

Проведение клинических исследований лекарственных препаратов не должно сопровождаться ущемлением прав пациентов. Создание современной системы контроля и надзора за качеством лекарственных препаратов и их безопасным применением дает возможность решить эту задачу.

Обращаю внимание Росздравнадзора на необходимость сосредоточить усилия на создании эффективной системы мониторинга безопасности лекарственных препаратов, находящихся в обращении, которая даст воз-

возможность своевременно принимать решения по приостановлению медицинского применения лекарственных препаратов или изъятию их из обращения. Необходимо также в короткие сроки завершить работу по строительству и вводу в эксплуатацию современных контрольно-испытательных лабораторий, способных осуществлять компетентный контроль качества широкого спектра лекарственных средств во всех регионах.

Главной задачей на 2011 год в области здравоохранения является принятие и реализация региональных Программ модернизации здравоохранения, которые разрабатывают субъекты Российской Федерации во исполнение Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Программы модернизации здравоохранения в субъектах Российской Федерации представляют собой комплекс социально-экономических, организационных и других мероприятий, увязанных по ресурсам, исполнителям и срокам реализации.

Программы включают в себя три основных направления:

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

второе - внедрение современных информационных систем в здравоохранение в целях перехода на полисы обязательного медицинского страхования единого образца, в том числе обеспеченных федеральным электронным приложением универсальной электронной карты, внедрение телемедицинских систем, систем электронного документооборота и ведение медицинских карт пациентов в электронном виде;

третье - внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами.

Безусловным приоритетом программ модернизации здравоохранения является снижение показателей по причинам-«лидерам» в структуре заболеваемости и смертности. Решению этой задачи должно способствовать полное и безусловное внедрение во всех субъектах Российской Федерации 31 Порядка оказания медицинской помощи, утвержденных Министерством в 2009-2010 годах.

На сегодняшний день положение дел с внедрением этих Порядков во многих регионах неудовлетворительное.

Но мы сейчас не произносим это как критику, мы понимаем, что реализация Порядков в основном – в предыдущие годы осуществлялась в пилотных регионах Российской Федерации. Это сердечно-сосудистые, онкологические заболевания и травмы. Мы рассчитываем,

что, получив те средства, которые предназначены регионам, в течение двух лет – работа будет проведена на должном уровне.

Министерство будет настоятельно требовать от региональных органов здравоохранения подробных расчетов потребностей для внедрения в каждом муниципальном образовании, в каждом населенном пункте утвержденных Порядков оказания медицинской помощи и включения в программы модернизации мероприятий, обеспечивающих их полное выполнение.

Модернизация будет проведена и в федеральных учреждениях здравоохранения, которые также должны выстроить свою работу в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, оптимизировать штатные нормативы и пересмотреть коечный фонд. Ряд субъектов Российской Федерации уже запланировали передачу части объемов медицинской помощи федеральным учреждениям. Но готовы ли к этому федеральные учреждения? Способны ли они развивать современные технологии диагностики и лечения? Осталось слишком мало времени, а сделать нужно многое. Прошу руководителей федеральных учреждений здравоохранения не затягивать этот процесс и в кратчайшие сроки провести все необходимые организационные мероприятия.

Внедрение порядков и федеральных стандартов оказания медицинской помощи требует соответствующей квалификации медицинского персонала.

С 2011/2012 учебного года будут введены новые федеральные государственные образовательные стандарты высшего профессионального образования по специальностям здравоохранения. Принципиальным отличием федеральных государственных образовательных стандартов третьего поколения является существенное увеличение объема клинической подготовки и приобретение в процессе обучения необходимых профессиональных компетенций – знаний и умений, достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности выпускников медицинских и фармацевтических образовательных учреждений в учреждениях первичного звена здравоохранения непосредственно после окончания учебного заведения. К этому времени будут также внесены изменения в программы обучения в соответствии с принятыми порядками и утвержденными стандартами оказания медицинской помощи.

Одним из разделов программы модернизации является обеспечение потребности во врачах по основным специальностям с учетом объемов медицинской помощи по Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и повышение уровня заработной платы врачей и среднего медицинского персонала, снижение размера дефицита обеспеченности врачебными кадрами и увеличение укомплектованности должностей врачей различных специальностей.

В настоящее время дефицит врачебных кадров в отрасли составляет около 30%. Нехватку кадровых ресур-

сов испытывают учреждения, оказывающие амбулаторно-поликлиническую и скорую медицинскую помощь. Сохраняется высокая потребность в анестезиологах-реаниматологах, фтизиатрах, врачах скорой медицинской помощи, врачах клинической лабораторной диагностики, психиатрах и психиатрах-наркологах.

Планируемые в рамках программ модернизации объемы подготовки и переподготовки врачей должны отражать потребность в дополнительном профессиональном образовании и формироваться с учетом количества специалистов, работающих в отрасли, и периодичности обучения 1 раз в 5 лет. Планы должны быть нацелены на снижение дефицита врачей и повышение укомплектованности первичного звена здравоохранения и скорой медицинской помощи.

Программы модернизации здравоохранения должны быть нацелены на расширение охвата населения современными специализированными, в том числе высокотехнологичными методами диагностики и лечения, а также всеми методами медицинской реабилитации, как ранней, так и поздней.

К сожалению, сейчас оказание медицинской помощи далеко от идеальной, что подтверждается многочисленными жалобами жителей подавляющего большинства субъектов Российской Федерации. Количество жалоб в Минздравсоцразвития России на оказанные медицинские услуги очень большое и их число, к сожалению, не сокращается. Очень много нареканий от граждан, проживающих в Кировской, Новгородской, Ленинградской областях, Москве и Санкт-Петербурге.

Многочисленные жалобы поступают также на работу бюро судебно-медицинской экспертизы, на затягивание в проведении исследований, результаты проведенных экспертиз зачастую обоснованно оспариваются. В мае 2010 года Министерство утвердило специальный Порядок для бюро судебно-медицинских экспертиз. Однако проверка деятельности бюро судебно-медицинской экспертизы, проведенная Росздравнадзором, выявила многочисленные нарушения этого Порядка, главным образом организационного характера. Прошу вас незамедлительно завершить перестройку работы бюро и организовать деятельность в полном соответствии с принятыми нормативными актами.

Причем это не конец. Совместно с представителями правоохранительных органов, в ближайшее время, мной будет подписан приказ о создании специальной рабочей группы по совершенствованию работы судебно-медицинской экспертизы в Российской Федерации.

В мероприятиях, формирующих здоровый образ жизни, особое внимание должно уделяться предупреждению, выявлению и своевременному лечению наркозависимых граждан.

Стратегия государственной антинаркотической политики, утвержденная Указом Президента Российской Федерации в 2010 году, закрепила единый комплексный лечебно-реабилитационный подход к оказанию наркологической

помощи населению Российской Федерации. И наша задача – осуществить его оперативное внедрение, включая подкрепление соответствующей ресурсной базой.

Для наркозависимых граждан следует применять разные виды профилактики.

Прежде всего, необходимо в Центрах здоровья, куда обращается значительное число молодых людей, организовать работу по выявлению наркотической зависимости и факторов, ее определяющих. Здесь нужно наладить проведение психологического тестирования обращающихся, выявление у них признаков наркопотребления. При получении негативных результатов требуется, прежде всего, провести первичную профилактику, то есть выработать и реализовать комплекс мероприятий, стимулирующих граждан отказаться от употребления наркотиков.

Для людей, сознательно принимающих наркотические препараты и не желающих отказываться от них, необходимо организовать направление пациентов в первичные наркологические кабинеты и наркологические диспансеры.

Весь комплекс мер вторичной профилактики должен проводиться на уровне первичных наркологических кабинетов.

Качество работы третьего звена, то есть учреждений медико-социальной реабилитационной помощи больным наркологического профиля, надо существенно улучшать, исходя из того, что любая реабилитация больных наркоманией может быть только медико-социальной. Никаких видов социальной реабилитации без медицинской ведущей составляющей для данной категории пациентов быть не может! Регионы должны оказывать им социальные услуги по бытовому устройству, трудовой занятости бывших наркопотребителей, то есть по их ресоциализации. Но делать это нужно в тесном взаимодействии системы здравоохранения и социальных служб.

Думаю, что пионерами в переходе на предлагаемую систему организации оказания наркологической помощи населению будут регионы, в которых отмечается рост больных наркоманией и лиц, употребляющих наркотики, – Москва и Московская область, Липецкая, Ивановская, Ульяновская, Челябинская области, Приморский край.

Основные цели и задачи, стоящие перед государством по охране здоровья женщин и детей, поставлены в Послании Президента Российской Федерации 2010 года Федеральному Собранию.

С целью реализации Послания в части поддержки материнства и детства необходимо усилить работу, направленную на повышение качества и доступности медицинской помощи женщинам и детям. Необходимо провести технологическую модернизацию детских поликлиник и больниц, повысить квалификацию их сотрудников.

Особое внимание модернизации службы охраны материнства и детства должно уделяться в региональных программах развития здравоохранения. С целью развития детской медицины объем средств, выделяемых на совершенствование оказания медицинской помощи ма-

терям и детям, должен составлять не менее 25% от совокупного объема средств, выделяемых на модернизацию здравоохранения.

На 2011 год запланировано ввести в эксплуатацию 8 перинатальных центров, из них 7 – с нарушением установленных сроков ввода в эксплуатацию. Еще 1 центр будет введен в эксплуатацию в 2014 году.

Наибольшие отставания от графиков выполнения работ по строительству перинатальных центров отмечены в Забайкальском, Пермском краях, Амурской и Курганской областях. Руководителям высших исполнительных органов государственной власти субъектов, не обеспечивших ввод в эксплуатацию перинатальных центров в установленные сроки, необходимо принять все меры по завершению строительства и оснащению перинатальных центров в 2011 году.

Будет продолжена реализация родовых сертификатов. Медицинское обслуживание в рамках родового сертификата в 2011 г. получают 1,6 млн. женщин.

У нас огромное количество обращений от медицинского персонала. Как ввели родовый сертификат – меняется количество родов, не меняется количество родов – врачи и средний медицинский персонал получают такую же прибавку к зарплате, которую получали при введении родового сертификата. Вывод один, – все увеличение оседает на уровне руководства соответствующих учреждений. Обратите на это внимание, это существенно влияет на мотивацию к работе, на состояние климата в медицинских коллективах. Заработанная плата является темой «номер один» для медицинских работников.

С 2011 года субъектам Российской Федерации выделяются субсидии из федерального бюджета для реализации мероприятий по неонатальному и аудиологическому скринингу.

В 2011 году планируется осмотреть более 315 тыс. детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных учреждениях.

В целях сохранения здоровья детей и формирования здорового образа жизни в 2011 году в субъектах Российской Федерации начнут действовать все Центры здоровья для детей, в которых будет проводиться обследование детей, обучение гигиеническим навыкам и мотивирование к отказу от вредных привычек, включающие помощь в отказе от потребления алкоголя и табака, профилактики наркомании, а также работа с семьей, в части развития ответственного родительства.

Планируется поэтапное внедрение комплексной пренатальной диагностики в ранние сроки беременности в субъектах Российской Федерации, что позволит ежегодно снижать показатель младенческой смертности на 0,5%, уменьшить первичный выход детей на инвалидность на 3%.

Будет начата реализация комплекса мероприятий по выхаживанию новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела, по качественному повышению уровня оказания реанимационной и реабилитационной помощи недоношенным новорожденным.

В рамках программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации предусмотрено развертывание дополнительных реанимационных коек и приобретение медицинского оборудования для выхаживания новорожденных, а также создание отделений реабилитации для детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела. Расчеты показывают, что действия в этом направлении позволят снизить смертность среди новорожденных, родившихся с экстремально низкой массой тела, примерно на 30%.

Новым направлением приоритетного национального проекта «Здоровье» является создание симуляционных центров во всех федеральных округах. С 2011 по 2013 год планируется создание 12 симуляционных центров, которые будут решать проблему повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала за счет овладения мануальными навыками.

С целью повышения эффективности лечения бесплодия будет увеличено финансирование высокотехнологичной медицинской помощи (экстракорпоральное оплодотворение), что позволит увеличить объемы оказания помощи пациентам, страдающим бесплодием, до 9 тыс. в год и обеспечит рождение более 3 тыс. детей.

В рамках программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации необходимо предусмотреть создание центров медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, основной задачей которых является медицинская и социально-психологическая помощь женщинам, направленная на обеспечение позитивной альтернативы аборту.

Внедрение пренатальной диагностики обеспечит развитие неонатальной хирургии. Реализация данного направления позволит ежегодно сохранять жизнь тысячи детей раннего возраста, а также снизить первичный выход на инвалидность у 5% детей с врожденными и наследственными заболеваниями, требующими хирургической коррекции.

Углубленная диспансеризация подростков с последующим выполнением программ лечения и реабилитации позволит сохранить репродуктивное здоровье детей и подростков. Реализация данного направления позволит увеличить рождаемость в последующие годы.

Еще одним новым направлением развития детского здравоохранения является создание системы паллиативной помощи детям, страдающим неизлечимыми, ограничивающими продолжительность жизни заболеваниями. С 2011 года в субъектах Российской Федерации должно быть начато развитие паллиативной помощи детям.

Реализация указанных мероприятий позволит сократить показатели материнской и младенческой заболеваемости и смертности.

Реализация региональных программ модернизации здравоохранения является ключевым шагом к внедрению новой системы обязательного медицинского страхования.

С 2012 года мы переходим на новую систему организации обязательного медицинского страхования – организация ОМС будет являться полномочием Российской Федерации, переданным для исполнения в субъекты Российской Федерации. С 2013 года указанные полномочия будут сопровождаться субсидией, основанной на нормативах единой базовой программы ОМС.

Работоспособность указанной системы напрямую зависит от того, удастся ли нам выровнять условия и качество оказания медицинской помощи на всей территории России.

Я хочу привлечь внимание регионов к тому, что программа модернизации здравоохранения регионов должны минимизировать так называемые «точки неэффективности», когда нам надо будет содержать избыточные мощности медорганизаций, но не в ущерб доступности медицинской помощи. Работа должна вестись планомерно и не в ущерб нашим гражданам.

Хочу напомнить, что с 2012 года доступ медицинских организаций к участию в территориальных программах ОМС является свободным. Модернизация здравоохранения должна позволить обеспечить безболезненную интеграцию федеральных медицинских учреждений в систему ОМС.

Для этого, с одной стороны, регионы должны нам представить свою позицию касательно объемов участия федеральных медицинских организаций в ОМС, а с другой стороны, мы будем отрабатывать с федеральными учреждениями мероприятия по совершенствованию их материально-технической базы.

Хочу остановиться на организационных вопросах подготовки и подписания соглашений по реализации региональных программ модернизации здравоохранения.

Уважаемые коллеги, вы начали разрабатывать программы с июня прошлого года, но как всегда все делается в последний момент. Напоминаю, что срок подписания соглашения завершается 1 апреля – по поручению Председателя Правительства.

По состоянию на 24 марта 2011 года подписаны соглашения между Минздравсоцразвития России, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и высшими исполнительными органами государственной власти следующих субъектов Российской Федерации: Чувашской Республики, Республики Татарстан, Брянской, Пензенской и Саратовской областей.

В высокой степени готовности программы модернизации здравоохранения Республики Мордовия, Краснодарского и Хабаровского краев, Москвы, Кемеровской, Ивановской, Ростовской, Рязанской, Волгоградской областей.

В остальных субъектах Российской Федерации подготовка к подписанию соглашений находится в начальной стадии. Очень прошу обратить внимание на необходимость завершения этой работы к 1 апреля.

В 2011 году мы приступим к работе по повышению результативности деятельности научных учреждений Министерства, особенно в части развития приоритетных направлений фундаментальной и прикладной науки.

Мировая практика научного развития основана на эффективности тесного взаимодействия образования, науки и бизнеса. Именно поэтому мировая элита научной мысли сосредоточена в крупнейших ВУЗах. Именно они являются основными генераторами знаний и центрами притяжения интеллектуальных, материальных и других ресурсов. Необходимо рассмотреть вопрос расширения материально-технической базы сильнейших медицинских ВУЗов с концентрацией исследовательских лабораторий, добиваясь тем самым максимального синергетического эффекта от совмещения научной и образовательной деятельности.

Не секрет, что научная деятельность в России осуществляется в условиях межведомственной разобщенности и высокой степени ведомственной закрытости. Фактически, наука замкнута «сама на себя», слабо взаимодействуя как с образованием, так и с конечным заказчиком. Эффективность научной деятельности во многом будет зависеть от наших возможностей преодоления ведомственных барьеров. Мы должны научиться работать с компетенциями отдельных групп исследователей, лабораторий. Мною подписано поручение Департаменту инновационной политики и науки организовать проведение масштабной паспортизации подведомственных организаций, осуществляющих научную деятельность. В результате данной работы должен быть сформулирован системный подход к формированию государственного задания на выполнение научно-исследовательских работ по приоритетным направлениям инновационного развития здравоохранения, а также предложения по внедрению системы оценки эффективности научной деятельности.

Как известно, эффективная научная деятельность возможна при наличии конечного заказчика результата исследований. Точечными заказчиками в ряде случаев выступают западные компании, ориентированные на ранний выкуп разработок и концентрацию знаний в своей юрисдикции. Но очевидно, что выкупленные идеи возвращаются в Российскую Федерацию в виде готовых товаров, оставляя всю добавленную стоимость за рубежом. На системной основе необходимо формулировать национальные интересы и запросы к новым продуктам и технологиям, регулярно обозначать области и направления исследований, ранжировать приоритеты.

По поводу финансирования научной деятельности хочу отметить следующее. Сметное финансирование инфраструктурного развития в последние годы уже обеспечило определенное поле возможностей для национальной науки. Мировой опыт указывает на необходимость поддержки научной инфраструктуры при одновременном целевом финансировании исследований со стороны заказчика, ориентированного на извлечение из научной среды инновационных результатов и внедрения их в практику. Необходимо увеличить долю целевого размещения средств. Например, в США доля государственных средств, выделяемая целевым образом, составляет более

75 процентов, у нас же менее 20 процентов. Ключевым инструментом поддержки целенаправленной поисковой деятельности должны стать ведомственные целевые программы. Мною дано поручение Департаменту инновационной политики и науки приступить к формированию целевых программ по развитию отдельных приоритетных направлений научных исследований, включая такие важные направления, как разработка передовых вакцин, противоопухолевых препаратов и онкомаркеров, диагностика и лечение аутоиммунных, нейродегенеративных, эндокринных, сердечно-сосудистых, инфекционных заболеваний, а также регенеративная медицина.

Государство в настоящий момент предлагает различные финансовые инструменты, разрабатываются новые законодательные инициативы, направленные на поддержку инновационной исследовательской деятельности. Нам необходимо применять принципиально новые финансово-правовые конструкции в этой сфере, реализующие эти возможности.

Мировой вектор развития здравоохранения связан, в первую очередь, с ростом рынка биомедицинских технологий, который, по экспертным оценкам, достигнет в ближайшее время 1 триллион долларов США. В науке начавшееся столетие международными экспертами определено как «столетие биомедицины», в том числе и потому, что биомедицинские клеточные технологии должны обеспечить появление инновационных методик лечения целого спектра заболеваний, являющихся социально-значимыми, а зачастую и неизлечимыми.

Министерством разработан и представлен в Правительство проект Федерального закона «О биомедицинских клеточных технологиях».

Законодательное закрепление правовых норм обращения стволовых клеток, требований к безопасности клеточных продуктов, их применения и обращения на рынке позволит обеспечить безопасность и донора клеток и пациента, получающего лечение с применением клеточных продуктов.

Полагаю, что принятие законопроекта даст новый импульс развитию медицинской науки и ориентирует исследования на разработку принципиально новых технологий, способных побороть ныне не излечимые болезни, продлить жизнь человека.

Нация, обладающая и генерирующая компетенции в области биомедицины, способна обеспечить себе глобальное лидерство в управлении человеческим капиталом. Государства, способные предложить механизмы продления человеческой жизни, а также социально активного, трудоспособного периода обеспечат удовлетворение наиболее актуальных потребностей населения.

Хочу также отметить, что Министерство планирует активно поддерживать инициативы, направленные на развитие здравоохранения как в Российской Федерации, так и на международной арене. По предложению Министерства, Правительством Российской Федерации принято решение о проведении в апреле этого года в

Москве столь важного мероприятия, как глобальная министерская конференция по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям. Мы ожидаем участия в конференции представителей высокого уровня из более чем 190 стран – не только министров здравоохранения и социального развития, но и представителей других заинтересованных секторов: министерств образования и науки, спорта, экологии и природопользования, сельского хозяйства и промышленности, финансов и экономического развития. Среди почетных гостей – генеральный директор ВОЗ Маргарет Чен и известные политические лидеры. Итогом работы конференции станет принятие Московской декларации, которая закрепит принципиально новую парадигму развития глобального здравоохранения (от лечения больных к созданию межсекторальной профилактической среды и управлению здоровьем каждого человека на протяжении всей его жизни) и ляжет в основу обсуждений проблемы неинфекционных заболеваний на заседании высокого уровня Генеральной ассамблеи ООН, которое состоится в Нью-Йорке в сентябре этого года.

В 2010 году широкий общественный резонанс и положительный отклик как общественности, так и профессионального сообщества вызвали коммуникационные кампании по формированию здорового образа жизни, по снятию напряженности на рынке труда и по пропаганде безвозмездного массового донорства.

Эффективность коммуникационных кампаний подтверждена достижением целевых показателей, результатами качественными и количественными.

В рамках каждой кампании было разработано общее стилевое направление оформления носителей и созданы информационные материалы в соответствии с высокими стандартами рекламного рынка. Для сохранения целостности и повышения узнаваемости кампаний и достижения общего эффекта настоятельно рекомендуем использовать во всех коммуникационных активностях уже имеющиеся материалы.

2010 год был напряженным по оказанию социальной поддержки и медицинской помощи гражданам, пострадавшим в результате беспрецедентных лесных пожаров, террористических актов, крупных техногенных катастроф. С учетом полученного опыта принят ряд законодательных актов и решений Правительства Российской Федерации в целях повышения качества медицинской помощи, размеров компенсаций и оперативности их выплат.

Эта работа проводится в тесном взаимодействии с органами государственной власти субъектов Российской Федерации. Вместе с тем, ей пока не хватает должной системности. Отмечается недостаточная заблаговременная готовность к оперативным действиям на первом этапе ликвидации последствий, когда люди особенно нуждаются в помощи. Управление осуществляется, в основном, в ручном режиме, а не на основе заранее отработанных, взаимосогласованных типовых решений и планов.

Чрезвычайные ситуации не должны быть для нас внезапными. Поэтому поручаю на всех уровнях создать высокоподготовленные структурные подразделения, как в здравоохранении, так и в социальной защите, расчеты оперативных групп, взаимоувязанные планы действий и резервы необходимых средств для оказания людям помощи, пострадавшим от чрезвычайных ситуаций.

Основные направления работы в социально-трудоустройственной сфере вытекают из Генерального соглашения между общероссийскими объединениями профсоюзов, общероссийскими объединениями работодателей и Правительством Российской Федерации на 2011-2013 годы, подписанного в конце прошлого года.

Предстоит решать сложные экономические и социальные задачи, прежде всего, по модернизации и повышению конкурентоспособности экономики, созданию более комфортной деловой среды, развитию кадрового потенциала предприятий.

Особое внимание в блоке этих задач будет обращено на проблемы развития рынка труда, окончательная стабилизация которого еще не достигнута.

Общая численность безработных граждан составила в феврале текущего года 5,6 млн. человек, или 7,4% от численности экономически активного населения.

Вчера, по данным мониторинга, мы зафиксировали первое в этом году сезонное снижение безработицы, регистрируемое в органах службы занятости, на 0,3 пункта.

По состоянию на 1 марта 2011 года в органах службы занятости в качестве безработных зарегистрировано 1,67 млн. человек. Уровень регистрируемой безработицы в целом по Российской Федерации составил 2,2% от численности экономически активного населения. Коэффициент напряженности на рынке труда составил 1,9. Пока этот показатель несколько превышает уровень второй половины прошлого года.

По предварительной оценке, при благоприятном варианте выхода экономики из кризиса среднегодовая численность безработных граждан, зарегистрированных в органах службы занятости, составит в среднем за 2011 год 1,7 млн. человек, а в конце года – не превысит 1,8 млн. человек.

Выход на новую траекторию экономического развития еще не означает, что безработица будет постоянно сокращаться. Предприятия будут оптимизировать численность работников, увеличивать производительность труда и, соответственно, высвобождать персонал. Задача службы занятости оперативно реагировать на это. Не надо рассчитывать, что работы у службы будет меньше, чем в кризисный период.

В 2011 году будет продолжен мониторинг ситуации на рынке труда по ряду наиболее острых направлений – высвобождение работников, трудоустройство инвалидов, ситуация в моногородах, эффективность региональных программ.

Безусловно, что мероприятия, оправдавшие себя в период кризиса и носившие временный характер, целе-

сообразно перевести в разряд постоянных и придать им соответствующее правовое оформление.

В целях совершенствования государственной политики занятости в 2011 году планируется подготовить изменения в Закон о занятости населения. Они будут касаться содействия самозанятости безработных граждан, возмещения затрат работодателей на оборудование специальных рабочих мест для инвалидов.

Одновременно должна быть проведена работа по подготовке рынка труда к решению долгосрочных задач инновационного развития экономики. В первую очередь это касается организации опережающего профессионального обучения работников, подлежащих высвобождению. Важно предусмотреть возможность их стажировки на предприятиях, применяющих передовые технологии, в целях получения новых профессиональных навыков и компетенций, а также организовать опережающее профессиональное обучение работников предприятий, осуществляющих реструктуризацию и модернизацию производства в соответствии с инвестиционными программами.

Предусматривается провести комплекс мер, позволяющих расширить возможности трудоустройства женщин, имеющих малолетних детей, а также родителей детей-инвалидов, многодетных родителей. Прежде всего, это – организация их профессионального обучения и оборудование надомных рабочих мест и рабочих мест с гибкими формами занятости.

Уже в 2011 году в рамках региональных программ по снижению напряженности на рынке труда планируется организовать профессиональное обучение более 20 тыс. женщин, находящихся в отпуске по уходу за ребенком до трех лет, и планирующих возвращение к трудовой деятельности. Предусматривается создать около 4,6 тыс. рабочих мест для родителей, воспитывающих детей-инвалидов, и многодетных родителей.

В сфере труда особое внимание должно быть обращено на вопросы охраны труда. Катастрофы на некоторых предприятиях, произошедшие в 2010 году, вскрыли ряд масштабных проблем и недоработок в этом направлении. Главные из них – низкая эффективность обучения работников практическим методам безопасного проведения работ, безразличное отношение собственников и менеджмента предприятий к обеспечению безопасности и сохранению здоровья на производстве.

С этим надо решительно бороться. Считаю, что работу по внесению изменений в административное законодательство, предусматривающих усиление ответственности собственников за нарушение требований охраны труда, надо завершить в кратчайшие сроки.

В 2011 году должен быть подготовлен комплекс мероприятий, направленных на сохранение здоровья на производстве, в том числе по профилактике и своевременному выявлению профессиональных заболеваний, поэтапному сокращению рабочих мест с вредными или опасными для репродуктивного здоровья населения условиями труда.

При разработке данных мероприятий будет впервые реализован комплексный подход к организационным, техническим и медицинским аспектам здоровья работников на производстве.

Комплекс мероприятий будет предусматривать реализацию скоординированных действий по двум основным направлениям. Первое – совершенствование системы охраны труда работников на производстве. Второе – создание и развитие системы медико-профилактического обслуживания работников.

Предстоит внедрить как на законодательном уровне, так и в практику работы предприятий механизмы управления профессиональными рисками, создать систему единых стандартов безопасности труда в целях выявления и ликвидации рабочих мест с вредными условиями труда. Планируется разработать новые подходы к подготовке работников путем внедрения современных обучающих технологий, ориентированных на отработку практических навыков безопасной работы, реализовать комплекс обучающих и информационно-консультационных мероприятий, в первую очередь для организаций малого и среднего бизнеса.

Необходимо разработать механизмы экономического стимулирования работодателей к внедрению новых безопасных технологий, сокращению рабочих мест с вредными или опасными для репродуктивного здоровья условиями труда.

Потребуется провести совершенствование системы социального страхования в этой части. В среднесрочной перспективе предстоит выстроить специальную систему социально-трудовой реабилитации, направленную, в первую очередь, на восстановление здоровья работника, а также пересмотреть предоставляемые виды страхового обеспечения с учетом их качества и эффективности в целях восстановления здоровья работника. Предстоит также разработать методики медицинской и профессиональной реабилитации, оздоровительного лечения для лиц группы повышенного риска профессиональных и производственно обусловленных заболеваний.

Также необходимо разработать и утвердить список профессиональных заболеваний с учетом новых технологических процессов, профессий и производственных факторов, разработать критерии выделения групп повышенного риска профессиональных и производственно обусловленных заболеваний.

Следует отметить, что первые шаги в направлении совершенствования профпатологической службы уже сделаны. В начале марта подписан согласованный с рабочей группой РТК приказ об утверждении требований к комплектации изделиями медицинского назначения аптек для оказания первой помощи работникам. Вчера подписан приказ о порядке оказания профпатологической помощи работающим гражданам. В завершающей стадии подготовка комплекса единых стандартов оказания профпатологической помощи.

Предстоит внедрить эффективную систему проведения предсменных медицинских осмотров работников, занятых на опасных производствах, в целях исключения доступа к особо опасным работам лиц, находящихся в состоянии алкогольного и наркотического опьянения.

Внедрение данных медосмотров сдерживается отсутствием законодательно установленных требований к их проведению. Законопроект «О внесении изменений в Трудовой кодекс Российской Федерации», разработанный группой депутатов Государственной Думы и предусматривающий введение обязательных предсменных медосмотров, до сих пор не принят Государственной Думой в первом чтении, несмотря на положительный отзыв Правительства Российской Федерации.

В центре внимания органов социальной защиты населения субъектов Российской Федерации должны быть мероприятия региональных программ по повышению качества жизни пожилых людей, принимаемых на основании решения Президиума Государственного совета Российской Федерации от 25 октября 2010 года.

Данные программы разработаны субъектами Российской Федерации. Специалисты Министерства провели их предварительную экспертизу. Полагаю, что именно реализация мероприятий, заложенных в этих программах, будет являться основой для выделения субсидий из бюджета Пенсионного фонда субъектам Российской Федерации на поддержку материально-технической базы и развитие учреждений социального обслуживания пожилых людей, приобретение для мобильных служб автотранспорта, приспособленного к потребностям граждан пожилого возраста.

В 2011 году вводится ежегодный мониторинг социально-экономического положения пожилых людей. На основе мониторинга будет проводиться выявление и учет всех пожилых людей, нуждающихся в социальных услугах, а также оказание им адресной помощи.

Работу по оказанию адресной помощи надо начать незамедлительно, так как существенный рост цен на продовольственные товары, произошедший в конце прошлого – начале этого года, тяжело отразился на покупательной способности низкодоходных групп населения. Опыт ряда регионов России показывает, что особенно действенной является государственная социальная поддержка в виде предоставления продуктов питания бесплатно либо на льготных условиях. Продукты здесь доставляются непосредственно получателям помощи либо отпускаются гражданам через сеть социальных магазинов. Надо предусмотреть возможность реализовать продукты питания первоочередного спроса (хлеб, крупы, макаронные изделия, молоко, яйца, соль, сахар) в этих точках по существенно более низким ценам, чем средне-розничные цены на данной территории. Было бы правильным расширить создание социальных магазинов – дискаунтеров, отличающихся более широким ассортиментом. Низкий уровень цен в сети таких магазинов можно поддерживать за счет приобретения товаров крупны-

ми партиями без различных посредников и реализации их с минимальной наценкой.

На новый уровень должна выйти работа по государственной поддержке ветеранов Великой Отечественной войны. Вы знаете, что для усиления координации деятельности в этой сфере создан Координационный совет по делам ветеранов при Правительстве Российской Федерации под руководством Председателя Правительства.

В соответствии с поручением Президента Российской Федерации Министерством подготовлен проект нового федерального закона «Об основах социального обслуживания населения Российской Федерации», который будет отвечать современным экономическим и социальным условиям.

Законопроект направлен на создание условий для развития системы социального обслуживания населения, уточняет разграничение полномочий федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации при предоставлении социальных услуг, а также предполагает включение рыночных механизмов в установленную сферу.

При разработке законопроекта мы стремились максимально учесть принципы, предполагающие усиление адресности и индивидуальной нуждаемости в предоставлении социальных услуг гражданам.

В ближайшее время законопроект предполагается представить на широкое обсуждение, и мы просим коллегам включиться в эту работу.

В июле этого года впервые будет проведен ежегодный конкурс на звание «Лучший работник учреждения социального обслуживания» с присуждением призовых премий в размере 200, 300 и 500 тысяч рублей. Это еще один повод для оценки труда почти 640 тысяч работников отрасли, для выявления и поощрения наиболее талантливых представителей одной из самых гуманных профессий. Ждем от вас соответствующих предложений.

С целью привлечения бизнеса в сферу социального обслуживания населения, повышения её инвестиционной привлекательности разработан и проходит согласование законопроект, позволяющий распространить нормы федерального закона «О концессионных соглашениях» на объекты социального обслуживания населения. Законопроект создает условия для развития ресурсного потенциала сферы социального обслуживания и повышения на этой основе доступности, качества и безопасности предоставления людям социальных услуг.

Принципиально новым шагом в 2011 году является разработка субъектами Российской Федерации, в соответствии с поручением Президента Российской Федерации, перспективных схем развития и размещения стационарных учреждений социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов до 2020 года. Переход к стратегическому планированию, с учетом показателей прогноза демографического и социально-экономического развития регионов, градостроительных и иных норм и нормативов, призван обеспечить повы-

шение уровня экономичности, эффективности и результативности социального обслуживания населения. Перспективные схемы могут стать основой принятия решений по финансовой поддержке деятельности субъектов Российской Федерации по развитию стационарных учреждений социального обслуживания.

В 2011 году будет продолжен эксперимент по внедрению системы социальных контрактов при оказании государственной социальной помощи малоимущим гражданам, развернутый в 17 субъектах Российской Федерации.

Первые результаты эксперимента показывают, что новая технология имеет хорошие перспективы. Наибольший эффект от внедрения новой технологии дает комплексный подход к программам социальной адаптации малоимущих семей с детьми.

При реализации эксперимента особое внимание уделяется мероприятиям по трудоустройству незанятых трудоспособных членов семьи, их профессиональной ориентации и профессиональному обучению через территориальные органы службы занятости населения, содействию развитию индивидуальной трудовой деятельности, ведению личного подсобного хозяйства, поддержке самозанятости.

Применение системы социального контракта позволило улучшить межведомственное взаимодействие различных органов власти в регионах при оказании социальной помощи, усовершенствовать методики работы с нуждающимися семьями, обеспечить дифференцированный подход при оказании поддержки малоимущим гражданам с ориентировкой на помощь тем, кто сам реально хочет улучшить свое материальное положение.

Было бы полезно расширить круг участников эксперимента. Регионы, желающие включиться в новую систему оказания социальной помощи, могут обратиться к нам с соответствующим предложением. Все просьбы будут внимательно рассмотрены.

Особое место в работе органов социальной защиты занимает оказание поддержки семьям с детьми.

В прошлом году Министерством совместно с Фондом поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, был дан старт общенациональной информационной кампании по противодействию жестокому обращению с детьми. В рамках проведения этой кампании стартовало общероссийское движение «Россия – без жестокости к детям!».

В соответствии с поручением Президента Российской Федерации руководителям высших исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации поручено проанализировать имеющийся в субъектах опыт служб по оказанию помощи детям и подросткам в случаях жестокого обращения с ними. Министерством проводится работа по обобщению и изучению опыта работы по предотвращению жестокости и насилия по отношению к детям в целях распространения наиболее эффективных ее форм. В мае текущего года вопрос

«О мерах по оказанию помощи детям и подросткам в случаях жестокого обращения с ними» будет рассмотрен на заседании Правительства Российской Федерации. Прошу руководителей региональных органов исполнительной власти уделить этой работе серьезное внимание.

В 2011 году субъекты Российской Федерации продолжат работу по организации отдыха и оздоровления детей.

Министерством разработан проект Типового положения о детском оздоровительном лагере, в котором определяется понятие лагеря, его основные задачи и структура, порядок организации деятельности, содержание, формы и методы педагогической и досуговой работы, возможность создания специализированных профильных смен.

Мы направляли вам этот проект на рассмотрение. Получены замечания и предложения от 62 субъектов Российской Федерации. Сейчас доработанный проект Типового положения проходит установленную процедуру согласования. Прошу вас при организации детской оздоровительной кампании руководствоваться нормами этого документа.

В 2011 году Министерство планирует провести Всероссийский смотр-конкурс на лучший летний оздоровительный лагерь. По результатам конкурса будут определены организации, наиболее качественно осуществляющие отдых и оздоровление детей. Передовой опыт работы лучших лагерей будет широко распространен.

Хочу обратить ваше внимание на необходимость скорейшего завершения исполнения поручений Правительства Российской Федерации по учету и паспортизации детских оздоровительных организаций, а также по обеспечению страхования детей на период их пребывания в детских оздоровительных организациях.

По представленной вами информации паспортизация лагерей завершена только в 33 субъектах Российской Федерации (Республика Карелия, Калужская, Ленинградская, Свердловская, Ивановской, Тюменская, Ярославская области, Пермский край, г. Санкт-Петербург и другие). Из них 20 субъектов Российской Федерации составили реестры лагерей и разместили данную информацию в сети Интернет. Прошу завершить данную работу до 1 апреля.

Министерством с участием Федерации независимых профсоюзов России и Российского союза промышленников и предпринимателей разработаны и направлены в регионы рекомендации по организации в 2011 году детской оздоровительной кампании.

Мы рекомендовали рассмотреть возможность поддержки инициатив работодателей и создания благоприятных условий для их участия в детской оздоровительной кампании, применять возможности частно-государственного партнерства в области организации отдыха детей.

Хочу еще раз обратить внимание руководителей органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации на необходимость усиления контроля за под-

готовкой детских оздоровительных лагерей к летнему сезону, обеспечения комплексной безопасности детских оздоровительных организаций.

Особо подчеркиваю. Необходимо принять меры для того, чтобы объемы финансирования детского отдыха в 2011 году были не ниже уровня расходов на данные цели в 2010 году.

С 1 января 2011 года изменена система санаторно-курортного лечения федеральных льготников.

«Медицинская составляющая» набора социальных услуг разделена на лекарственное обеспечение и санаторно-курортное лечение. Установлена длительность санаторно-курортного лечения, предоставляемого федеральным льготникам в рамках набора социальных услуг в качестве профилактики основного заболевания. Теперь она составляет 18 дней для всех граждан, 21 день - для детей-инвалидов, от 21 до 42 дней - для инвалидов с заболеваниями и последствиями травм спинного и головного мозга.

Обращаю внимание руководителей Фонда социального страхования Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, которым переданы полномочия по санаторно-курортному лечению отдельных категорий граждан, на необходимость повышения качества учета потребностей льготных категорий граждан в данном виде социальных услуг. Прошу еще раз проанализировать объемы их предоставления и обеспечить повышение интенсивности и охвата санаторно-курортным лечением федеральных льготников.

В 2011 году начнется реализация Государственной программы «Доступная среда на 2011-2015 годы», которая является беспрецедентной по масштабности поставленных задач и привлекаемым ресурсам.

Задача ближайшего периода – обеспечить хороший старт, создать необходимые правовые и методологические условия для проведения в субъектах Российской Федерации соответствующих пилотных проектов.

В республиках Хакасия, Удмуртская и Тюменской области будет проведен пилотный проект по осуществлению медико-социальной экспертизы с учетом положений новой Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. В целях сокращения реабилитационного маршрута инвалида предстоит разработать модель внутри и межведомственного взаимодействия при осуществлении медико-социальной экспертизы и комплексной реабилитации инвалидов.

Еще одна тема касается совершенствования правового положения государственных учреждений. 8 мая 2010 года был принят соответствующий Федеральный закон № 83-ФЗ, который вступает в силу поэтапно. Переходный период должен быть завершен 1 июля 2012 года.

Этим законом предусмотрено создание учреждений трех типов – казенных, бюджетных и автономных.

Наиболее консервативный тип государственных учреждений – это казенные учреждения. Финансовое

обеспечение их деятельности будет осуществляться за счет средств бюджета на основании бюджетной сметы.

Для бюджетных и автономных учреждений предусмотрена иная форма финансового обеспечения деятельности, этим учреждениям из бюджета будет предоставляться субсидия на выполнение государственного задания.

Обращаю ваше внимание на то, что Закон не предоставляет дополнительной свободы бюджетным учреждениям для оказания платных услуг, наоборот, цены на платные услуги нормируются гораздо жестче.

Сейчас реализуется первый этап – подготовительный, и в течение 2011 года все участники этого процесса должны отработать весь комплекс вопросов, связанных с финансированием государственных заданий и с тем, как новые бюджетные и автономные учреждения будут участвовать в программах обязательного медицинского страхования.

Важно обеспечить переход на новые требования таким образом, чтобы доступность бесплатной медицинской помощи, а также других услуг в сфере здравоохранения и социального развития не была снижена.

В 2011 году предстоит провести работу по реализации норм Федерального закона от 27 июля 2010 года № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг».

В Перечне государственных услуг (функций), предоставляемых федеральными органами исполнительной власти, сведения о которых должны быть включены в Сводный реестр государственных и муниципальных услуг, содержится 105 государственных услуг (функций), предоставление которых осуществляется в системе Министерства. Из них 90 услуг предоставляют подведомственные службы и агентство, а также курируемые государственные внебюджетные фонды.

Требуется уже в текущем году решить несколько задач.

Первая – по-новому выстроить систему взаимодействия в этой работе всех звеньев нашей системы – Министерства, подведомственных служб и агентства, государственных внебюджетных фондов.

Вторая – завершить работу по утверждению административных регламентов предоставления государственных услуг.

Третья – осуществить перевод предоставления государственных услуг и исполнения государственной функции в электронном виде, а также по принципу «одного окна».

Всю работу по оказанию государственных услуг необходимо активизировать. Пока она ведется очень медленно.

Скажу несколько слов о работе подведомственных Министерству федеральных служб и агентства. Объемные отчеты наших коллег иллюстрируют, как правило, количественные результаты этой деятельности – число проверок, выявленных нарушений, переданных в прокуратуру дел, выданных предписаний, составленных протоколов. При этом количество выявленных нарушений, как правило, не снижается. Очевидно, полученные результаты проверок с должной тщательностью не анализируются, обоснованные выводы не делаются.

Надо менять формы работы. Нельзя ограничиваться констатацией фактов нарушений. Необходимо делать анализ обстоятельств и причин выявленных нарушений, готовить рекомендации и предложения по их недопущению, в том числе и по внесению изменений в законодательство. Следует продумать перечень показателей, характеризующих эффективность принятых мер по устранению выявленных и недопущению новых нарушений законодательства.

Уважаемые коллеги, я завершаю выступление. Слишком большой объем задач, который возлагается не только на Министерство, подведомственные службы, агентство и фонды, но и на региональные подразделения труда и занятости, здравоохранения, социальной защиты, но от согласованности нашей работы зависит благополучие наших граждан.

Я призываю вас к тому, чтобы мы активизировали эту работу.

И в завершение, прислушайтесь к тому поручению, которое я вам сейчас дам. До 5 апреля все органы управления здравоохранением должны будут провести обсуждения в регионах с представителями врачебного сообщества, профсоюзов и работодателей – обсуждения программ модернизации здравоохранения, и ответить на все вопросы представителей этого сообщества. До 5 апреля представить нам информацию о проведенных мероприятиях и прозвучавших вопросах. 12-13 апреля Минздравсоцразвития вместе с коллегами из федеральных органов исполнительной власти, общественных организаций, представителей Парламента проведет Всероссийский форум медицинских работников по всем вопросам организации здравоохранения в России и по тем проблемам, которые нам предстоит в ближайшее время с вами решать.

Подписано соглашение о взаимодействии Правительства Москвы с Пенсионным фондом России и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования



Мэр Москвы С.С. Собянин, Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования А.В. Юрин, Председатель Пенсионного фонда России А.В. Дроздов за подписанием соглашения

Мэр Москвы С.С. Собянин, Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования А.В. Юрин, Председатель Пенсионного фонда России А.В. Дроздов 17 февраля 2011 года подписали совместное соглашение о сотрудничестве и информационном взаимодействии.

Новая электронная карта жителя Москвы призвана облегчить доступ к ключевым государственным услугам. Карта будет содержать пенсионное приложение; полис обязательного медицинского страхования; транспортное приложение, позволяющее оплачивать проезд в общественном транспорте или подтверждать право на бесплатный проезд в общественном транспорте льготным категориям москвичей, и др. В последующем список приложений универсальной электронной карты будет расширяться.

Внедрение в городе универсальной электронной карты позволит сократить сроки обмена информацией между организациями, повысить качество учета расходов различных ведомств на оказание государственных и муниципальных услуг, значительно снизить объемы бумажного документооборота. При этом данный проект будет являться важным элементом общероссийской программы по внедрению универсальной электронной карты гражданина.

В системе обязательного медицинского страхования электронная карта будет являться для граждан гарантированной защитой при получении медицинской помощи в любом субъекте Российской Федерации. С помощью карты можно будет записаться на прием к врачу из дома через Интернет, а также она послужит основой при создании единой базы застрахованных граждан страны.

Новые кадровые назначения

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования



Дворяшин Николай Николаевич назначен на должность начальника Финансово-экономического управления Федерального фонда обязательного медицинского страхования на основании приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21 марта 2011 г. №56-Л.

Дворяшину Н.Н. 43 года. В 1992 г. окончил Курский государственный медицинский институт. В 2000 г. окончил Российскую правовую академию Министерства юстиции Российской Федерации. С 1993 по 2003 гг. работал в правоохранительных органах в Тульской области.

С 2003 по 2004 гг. - главный специалист отдела здравоохранения Администрации МО Узловский район, г. Узловал, Тульская обл. С 2004 по 2005 гг. - директор муниципального унитарного предприятия «Центральная районная аптека», г. Узловал, Тульская обл. С 2006 по 2007 гг. - ведущий специалист отдела здравоохранения Администрации МО Узловский район, г. Узловал, Тульская обл. В 2007 г. занимал должности главного специалиста-эксперта ревизионного аналитического отдела Контрольно-ревизионного управления Федерального фонда обязательного медицинского страхования, ведущего специалиста 2 разряда отдела методологии организации финансового контроля Контрольно-ревизионного управления Федерального фонда ОМС. В 2008 г. - заместитель начальника контрольно-ревизионного отдела Контрольно-ревизионного управления Федерального фонда ОМС. В 2009 г. - начальник отдела методологии организации финансового контроля Контрольно-ревизионного управления Федерального фонда ОМС. С 2010 по 2011 гг. - заместитель начальника Контрольно-ревизионного управления Федерального фонда ОМС.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Воронежской области



Автономов Дмитрий Леонидович назначен на должность Исполнительного директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Воронежской области 19.01.2011 г. постановлением правительства Воронежской области № 20 от 18.01.2011 г., по согласованию с Федеральным фондом ОМС.

Автономов Дмитрий Леонидович родился в 1960 г. в городе Воронеже. Образование высшее. В 1983 г. окончил Воронежский государственный медицинский институт по специальности «Лечебное дело». 1983-1985 гг. - клиническая ординатура кафедры реанимации и анестезиологии Воронежского государственного медицинского института; 1985-1987 гг. - врач анестезиолог-реаниматолог МСЧ № 94 третьего Главного управления при МЗ СССР; 1987-1992 гг. - врач отделения реанимации Воронежской областной клинической больницы; 1992-1994 гг. - ассистент кафедры анестезиологии и реанимации Воронежского государственного медицинского института; 1994-1997 гг. - заведующий отделением реанимации больницы скорой медицинской помощи г. Воронежа; 1997-2000 гг. - главный врач ТМО № 4 г. Воронежа; 2000-2005 гг. - главный врач Бобровской ЦРБ; 2005-2008 гг. - первый заместитель исполнительного директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Воронежской области; 2008-2009 гг. - главный врач Воронежской областной стоматологической поликлиники; 2009-2010 гг. - исполнительный директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Воронежской области.



Кировский областной территориальный фонд обязательного медицинского страхования



Куликова Наталья Валерьевна назначена на должность Исполнительного директора Кировского областного территориального фонда обязательного медицинского страхования 07.02.2011 г. распоряжением Правительства Кировской области от 04.02.2011 г. №5-к.

Куликова Н.В. окончила Ленинградский ордена Ленина политехнический институт им. М.И. Калинина по специальности «Автоматика и телемеханика».

В мае 1998 г. была принята на работу в Кировский областной территориальный фонд обязательного медицинского страхования, на протяжении 5 лет - начальник отдела информационного обеспечения. С февраля 2005 г. - заместитель исполнительного директора по вопросам медицинского страхования в Кировском областном территориальном фонде обязательного медицинского страхования. С декабря 2009 г. - заместитель главы департамента здравоохранения Кировской области.



Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Калмыкия



Якшибаев Сергей Каруевич назначен на должность Исполнительного директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Калмыкия на основании распоряжения правительства Республики Калмыкия от 21 марта 2011 г. № 49-р.

Якшибаев С.К. 1971 года рождения. В 1996 г. окончил Московскую государственную академию управления им. С. Орджоникидзе по специальности «Менеджмент». В 2006 г. окончил Российскую академию государственной службы при Президенте Российской Федерации по специальности «Государственное и муниципальное управление».

С 1997 по 2000 гг. работал в Министерстве финансов Республики Калмыкия. В 2000 г. работал начальником организационно-аналитического отдела Аппарата Правительства Республики Калмыкия. С 2001 по 2007 гг. – 1-й заместитель министра финансов Республики Калмыкия. С 2007 по 2011 гг. работал заместителем министра – начальником управления финансового и организационно-правового обеспечения Министерства здравоохранения и социального развития Республики Калмыкия.

Награжден почетной грамотой Министерства финансов Республики Калмыкия «За добросовестный и плодотворный труд в финансовых органах». Награжден почетной грамотой Республики Калмыкия «За большой вклад в социально-экономическое развитие Республики Калмыкия и многолетнюю добросовестную работу». Награжден нагрудным знаком «Лучший работник Министерства финансов Республики Калмыкия» за добросовестный, многолетний плодотворный труд и особый вклад в развитие финансовой системы Республики Калмыкия.



Стимулирование развития ДМС повысит эффективность здравоохранения

10 марта 2011 года состоялся круглый стол «Медицинское страхование: новый уровень», организованный рейтинговым агентством «Эксперт РА». Главной темой круглого стола стало развитие добровольного медицинского страхования (ДМС) в России в условиях модернизации системы обязательного медицинского страхования (ОМС). Председатель ФОМС А.В. Юрин в докладе отметил: «Федеральный фонд обязательного медицинского страхования всегда принимает активное участие в дискуссии о добровольном медицинском страховании, потому что невозможно заниматься обязательным медицинским страхованием, не обращая внимания на то, что одновременно происходит в медицинских учреждениях. Мы считаем, что должны иметь полное понимание, как развивается система предоставления платных услуг и, соответственно, добровольное медицинское страхование».

Говоря откровенно, рынок ДМС в нашей стране сегодня на самом деле крайне узок – это всего 85 миллиардов рублей. Для сравнения, вся бесплатная медицинская помощь, предоставленная федеральными медицинскими учреждениями, а также учреждениями субъектов федерации и муниципальными учреждениями, обошлась бюджетам всех уровней в 1,5 триллиона рублей (это государственные средства). По сравнению с этим 80 миллиардов ДМС – это, конечно же, весьма и весьма немного. Приходится констатировать тот факт, что ДМС в России пока не развито и составляет около 5 % к общему объему медицинской помощи, предоставляемой в рамках государственных гарантий.

Государство делает существенные шаги навстречу развитию добровольного медицинского страхования. Есть возможность отнесения затрат на медицинские услуги на себестоимость предприятия-работодателя в размере до 6%. Есть налоговый вычет в 150 тысяч рублей для физических лиц. Это достаточно серьезные преимущества. Известно, что стоимость страхования ДМС по обычной, типовой программе, как правило, существенно ниже этих сумм.

Сейчас в Правительстве Российской Федерации перед внесением в Государственную Думу рассматривается проект закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Он предусматривает четкое разграничение платного и бесплатного медицинского обслуживания.

Хотелось бы сразу оговорить, что Конституция Рос-



Круглый стол «Медицинское страхование: новый уровень»

сийской Федерации гарантирует возможность получения бесплатной медицинской помощи по всему спектру медицинских услуг, которые требуются оказать в состоянии угрозы жизни и здоровью человека. Поэтому, естественно, говорить о том, что какой-то вид заболеваний можно отнести к лечению только в системе ДМС и исключить его из сферы ОМС, было бы неправильно, так как Конституция однозначно гарантирует всем гражданам Российской Федерации бесплатную медицинскую помощь. И только сам человек может и должен делать выбор, пользоваться ли ему ДМС и в каком медучреждении получать по нему медицинские услуги.

Здесь следует сделать некоторые уточнения. Есть мнение, что новый закон по ОМС, который сейчас вступил в силу, не предусматривает возможности для одной и той же страховой организации работать и в ОМС, и в ДМС. На самом деле в законе этой позиции нет. Закон предусматривает для страховых медицинских организаций возможность работать и по обязательному, и по добровольному медицинскому страхованию. Это сделано осознанно, в отличие от прежней редакции законопроекта, так как в этом случае страховая компания в большей мере соответствует своему предназначению. Она в большей степени будет понимать, как надо правильно использовать средства, будет лучше владеть финансовыми механизмами. В конечном итоге, это пойдет и на пользу тем процессам, которые происходят в ОМС. Однако все, что предоставляется в качестве платных услуг в медицинском учреждении, ни в коем случае не должно идти в ущерб предоставлению бесплатных услуг.

Вместе с тем мы понимаем, что ОМС в какой-то части достаточно тесно переплетается с ДМС. Нередко наблю-

дается картина, которая представляется нам достаточно странной – когда за счет государственных инвестиций приобретено дорогостоящее диагностическое оборудование, а потом на этом оборудовании оказываются платные медицинские услуги, причем еще и в первоочередном порядке, в обход очереди. Понятно, что это прямое ущемление прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи.

Поэтому в проекте закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» есть отдельная статья о платных услугах, и предусматривается разграничение платных и бесплатных услуг таким образом, чтобы платные услуги не предоставлялись в ущерб бесплатным. Мы считаем, что это не нормально, когда в медучреждении, работающем на оборудовании, приобретенном за государственные деньги, отодвигается очередь больных, лечащихся бесплатно, и без очереди пропускаются лица, которые заплатили за получение платной медицинской услуги либо прикреплены по полису ДМС к этому медучреждению. С такими фактами грубого нарушения прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи мы боремся.

В то же время функционирование клиник, которые работают в системе ДМС и предоставляют несколько иной, более высокий уровень оказания медицинской помощи за счет своих инвестиций, вполне возможно. Представляется возможной и правильной ситуация, когда, скажем, при осуществлении медицинских вмешательств, сопровождающихся протезированием какого-либо органа или части органа, где существует линейка цен на операции такого рода (протезы разных производителей и т.д.), и государство гарантирует ее только по одной цене, а ДМС – по другой, более высокой.

В проекте закона Правительству поручено разработать специальные нормы, регулирующие предоставление платных медицинских услуг в подобных ситуациях, работа над данным нормативным актом сейчас ведется. Кстати, в части его конкретного наполнения, какие услуги должны или не должны входить в число платных и бесплатных, важны дополнения представителей страхового сообщества, имеющих опыт работы с медицинскими учреждениями.

Есть еще один важный вопрос, связанный с возможностью включения коммерческих клиник в систему ОМС. Новый закон «Об обязательном медицинском страховании в РФ» открывает возможности для более широкой конкуренции на рынке ОМС, потому что в течение 2-х лет (2011-2012 гг.) будет осуществлен переход на полный тариф. И если до сегодняшнего дня оплачивалось только 5 расходных статей, то будут оплачиваться все расходы медучреждения. В этой ситуации возможно участие частных медицинских учреждений в системе ОМС, в том числе и тех клиник, которые сегодня активно создаются страховыми организациями. Поскольку сегодня есть явный тренд на создание крупными страховыми организациями собственных медицинских учреждений, мы считаем, что если они впишутся в осуществляемый переход системы на полный тариф, перед этими клиниками открывается хорошая возможность участия в ОМС.

Еще один очень спорный вопрос, обсуждаемый сегодня – проблема возможности зачета части платежей, внесенных в ОМС, как оплаты за ДМС. На мой взгляд, это один из самых сложных вопросов. И прежде чем принимать решение, идти на этот шаг, зачитывать платежи по ОМС в ДМС или нет, разработчикам подобных инициатив следует тщательно проанализировать, какие именно услуги предоставляет ДМС, гарантирует ли она, например, предоставление стационарной помощи, есть ли там оказание медицинской помощи при тяжелых и сложных заболеваниях и т.п. Чтобы решение зачитывать платежи по ОМС в ДМС не привело к тому, что государство просто будет дотировать ДМС, нужно подходить к вопросу очень осторожно. Я думаю, что этот вопрос также следует обсуждать при подготовке того нормативного акта, который будет разрабатываться Правительством во исполнение закона, о котором я упоминал выше. И наверняка, здесь следует учитывать предложения разных сторон процесса, а не только точку зрения страховщиков.

Мы видим главной задачей медицинского страхования в будущем разумное сочетание двух условий. Безусловно, первое – это реализация прав граждан на бесплатную медицинскую помощь в силу тех государственных гарантий, которые предоставляются по закону. Второе, в плюс к этому, – создание возможностей для того, чтобы рынок ДМС развивался.

Мы считаем, что развитие рынка ДМС – это более грамотное и правильное решение, чем просто разовые платные медицинские услуги, которые предоставляются конкретным медицинским учреждением. Поэтому своей первой задачей мы считаем совершенствование системы предоставления бесплатной медицинской помощи, а второй – создание условий для развития ДМС».

По данным исследования «Рынок ДМС и рейтинг ЛПУ: качество диктует стоимость», проведенного «Эксперт РА», место ДМС в системе финансирования медицины является очень незначительным, подавляющую долю занимает ОМС и платные услуги, предоставляемые лечебными учреждениями. Тем не менее, рост рынка ДМС будет продолжаться как минимум за счет инфляции стоимости медицинских услуг. По прогнозам агентства «Эксперт РА», в 2011 году объем рынка ДМС составит 89,6 млрд рублей, в 2012 году – 100,3 млрд рублей. Работа рынка ДМС имеет целый ряд положительных внешних эффектов для системы здравоохранения: рост социальной стабильности, снижение информационной асимметрии на рынке медицинских услуг, повышение эффективности системы здравоохранения и рост инвестиций в строительство медицинских центров. Участники рынка ДМС: страховые компании и частные клиники – считают важным стимулирование рынка со стороны государства. В качестве возможностей развития ДМС эксперты круглого стола называли: четкое разделение систем ОМС и ДМС, обновление продуктовой линейки и стандартизация договоров ДМС, а также упрощение применения налоговых льгот.


РИА НОВОСТИ

В «РИА Новости» 17 марта 2011 года состоялся видеомост Москва – Томск на тему: «Новый закон об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»



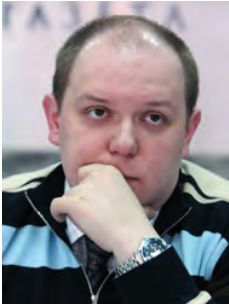
Фото РИА Новости

В работе видеомоста приняли участие Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования А.В. Юрин, директор Департамента развития медицинского страхования Минздравсоцразвития России В.А. Зеленский.

В Томске выступили заместитель губернатора Томской области по социальной политике В.И. Самокиш, заместитель начальника департамента здравоохранения Томской области по экономике и финансам Т.Ю. Бояршинова, заместитель исполнительного директора ОГУ «Томский территориальный фонд обязательного медицинского страхования» В.С. Харламов.

По видеомосту Москва-Томск в «РИА Новости» обсужден новый Закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации утвердило новые правила ОМС. Что должно измениться после этого в правилах игры на поле государственного страхования? Об этом шла речь во время видеомоста Москва-Томск, состоявшегося 17 марта 2011 г. в «РИА Новости». Мнение о том, как эти регламентирующие документы повлияют на всех участников системы, высказал Председатель Федерального фонда ОМС А.В. Юрин, директор Департамента развития медицинского страхования Минздравсоцразвития В.А. Зеленский, заместитель губернатора Томской области по социальной политике В.И. Самокиш.



В.А. Зеленский, директор Департамента развития медицинского страхования Минздравооцразвития России

В.А. Зеленский: Новый закон имеет ступенчатую схему вступления в силу. С 1 января 2011 г. начнется поэтапная его реализация. В первую очередь это связано с тем, что в 2011-2012 гг. будут осуществляться программы модернизации здравоохранения. По сути дела, система ОМС будет насыщена деньгами и перейдет на полный тариф за оказанную медицинскую помощь к 2013 г. Еще один крайне важный момент – с 1 мая 2011 г. начинается выдача полисов ОМС нового образца. А дальше, уже осенью, граждане будут решать для себя, нужно ли им сменить страховую медицинскую организацию и лечебное учреждение, к которым они прежде были прикреплены? Это станет одним из серьезных этапов реформы. Предоставить застрахованным реальное право выбора – наша задача.

В 2011 г. система ОМС вступает в подготовительный период. Во время обсуждения проекта закона не раз вставал вопрос: нужна ли нам централизованная система управления? В результате принято решение, что полномочия ОМС останутся федеральными, но их осуществление передается субъектам РФ. Ведь единство системы ОМС становится ключевым изменением, которое предусматривает новый закон. С 2012 г. мы надеемся, что произойдет серьезное увеличение размеров платежей на неработающее население. Следующий шаг – переход на полный тариф ОМС. В это же время будут приняты необходимые нормативные документы, которые позволяют создать единую базовую систему ОМС.



А.В. Юрин, Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования

А.В. Юрин: Мне приятно общаться в студии с представителями Томской области. Этот сибирский регион многое сделал для развития здравоохранения, чтобы внедрить современные принципы организации медицинской помощи. Руководителями медицины области пред-

ставлена весьма рациональная региональная программа модернизации здравоохранения.

Новый закон создает такие условия работы медиков, о которых на протяжении последних лет говорило экспертное сообщество. В нем предусмотрены механизмы совершенствования здравоохранения, переход на одноканальное финансирование. Сегодня на медицинскую помощь в нашей стране тратится 1,5 триллиона руб., из них около 1,2 приходится на медицинское обеспечение субъектов РФ. Половина этих средств в здравоохранение поступает через систему ОМС. При существующей схеме нельзя сказать, что реализован принцип: деньги следуют за пациентом. В 2011-2012 гг. мы осуществим переход на полный тариф в системе ОМС. Напомню, что сегодня в его состав включается пять статей: заработная плата, начисления на нее, оплата медикаментов и питания в стационарах, приобретение мягкого инвентаря. В течение ближайших двух лет все должно измениться. А с 2013 г. для всех субъектов РФ в тарифе ОМС будут «заложены» текущие расходы на содержание зданий, на покупку нового оборудования до 100 тыс. руб. за единицу. Кроме того, ОМС будет нести расходы на повышение квалификации медиков, оплачивать используемый ими транспорт, статьи расходов, связанные с информатизацией и связью. Это те позиции, которые до недавнего времени оплачивались через ОМС запрещалось. Надо сказать, что полный тариф расширяет спектр для участия в системе ОМС лечебных учреждений, которые сегодня финансируются за счет бюджета. Помимо этого ЛПУ, вне зависимости от формы собственности, смогут работать в ОМС. И это, безусловно, усилит конкуренцию между медицинскими учреждениями. А дальше мы надеемся, что повысится качество предоставляемых медицинских услуг. Когда тариф ОМС полный, деньги выплачиваются за проделанную работу, становится выгодно качественно оказывать медицинскую помощь. Главное для ЛПУ – каждый пациент становится желанным.

Чтобы это все заработало, новый закон предусматривает, что любая медицинская организация, заявившая о готовности работать согласно правил ОМС, должна заявить только об этом. В этом коренное отличие от прежней редакции закона, теперь не надо получать разрешение на вхождение в систему ОМС. Таким образом, все административные барьеры для более активного участия клиник разной формы собственности сняты.

С нового года увеличен норматив отчисления в систему ОМС с 3,1 до 5,1%. Как известно, это единая ставка страховых платежей, которая применяется для работодателей. К сожалению, до настоящего времени не решен вопрос по размерам платежа за неработающее население администрациями регионов РФ. Благодаря этому территории устанавливали его в таком размере, в каком считают нужным, исходя из собственных бюджетных приоритетов, финансовых возможностей. В течение этого года должен быть принят федеральный закон, который

установит единый размер минимального платежа за неработающее население. Подобный подход поможет выравнивать условия предоставления медицинской помощи на всей территории РФ.



В.И. Самокиш, заместитель губернатора Томской области по социальной политике

В.И. Самокиш: Хотел бы поблагодарить за помощь специалистов ФОМС, Минздравсоцразвития России за подготовку региональной программы модернизации здравоохранения. Мы подошли к ней неформально. На собраниях медицинской общественности открыто обсуждались проблемы, пути их решения. Говорилось, что нужно сделать, чтобы медицина шагнула на новую ступень своего развития. Например, какие поликлиники и больницы необходимо отремонтировать в первую очередь. Это дало нам возможность по каждому муниципальному образованию, району сформировать единый перечень приоритетов, на которые опирается программа модернизации.

В Томской области более 2/3 средств, поступающих в медицину, идут через территориальный фонд ОМС. В результате органы управления здравоохранения могут четко анализировать, как они потрачены, серьезно образом спрашивать и контролировать затраты ЛПУ. Отметим, что уже разворачивается конкурентная борьба за каждого застрахованного. Страховые медицинские компании стараются в Интернете и СМИ убедить население в преимуществах выбора их компании.

Логика нового закона буквально заставляет СМК проводить защиту прав застрахованных неформально, а на деле отстаивать интересы граждан. Население должно понять, что оно имеет право отказаться от услуг СМК. Раньше выбор СМК осуществлял работодатель. Но людям, особенно в глубинке, при выборе СМК следует исходить из простых и понятных требований. Задать себе и знакомым вопрос, как оперативно выбранная компания реагирует на жалобы застрахованных, насколько часто они направляют экспертов в районы и ЛПУ. Помимо выступлений в СМИ, каждая компания имеет свою горячую линию и сайт в Интернете.

В Томской области работает три СМК. На сайте ТФОМС по Томской области ведется также подробная статистика по обращениям в них граждан. Как раз в этом разделе сайта можно наглядно увидеть, как СМК работает при возникновении конфликтной ситуации.

Вопросов от журналистов, присутствующих в студии в Москве и Томске, было много:

Не получится ли так, что СМК станет выгодно «перегибать» планку претензий, а потом необоснованно не оплачивать выставленные за лечение больных счета?

В.А. Зеленский: У страховых медицинских компаний есть две мотивации. С одной стороны, она обязана заниматься контролем качества медицинских услуг по новому закону. Здесь СМК становятся элементом государственного контроля. Соответственно появляются особые правила осуществления этого контроля. Минздравсоцразвития России разработал порядки выборки счетов на экспертизу, информирования граждан, случаи, когда обязательно должен быть произведен контроль качества медицинской помощи. Поэтому работа СМК строится по четким правилам. Для этого экспертиза и была формализована. В добровольном медицинском страховании никаких инструментов государственного вмешательства в контроль качества быть не может. Оно не случайно и называется добровольным, а не обязательным. В ОМС работодатели и администрации перечисляют деньги на основании федерального закона. Соответственно, если гражданину необходима медицинская помощь, она должна быть ему предоставлена. Государство обязано найти возможность заплатить за оказанную медицинскую помощь. Поскольку право гражданина на нее гарантирует Конституция России. Если медицинская организация навязывает какие-то ненужные услуги, СМК не обязана их оплачивать. Но есть стандарты оказания медицинской помощи, а границы права граждан на бесплатное здравоохранение – это компетенция уже не СМК, а ФОМС, Минздравсоцразвития России, Росздравнадзора.

Если человек потеряет медицинский полис нового образца, насколько сложно будет его восстановить?

Не сложнее, чем прежний. Гражданин обращается в СМК, ему выдается дубликат.

Будут ли медицинские учреждения «топового сегмента» участвовать в системе ОМС, например, можно ли прогнозировать, что поликлинике «Газпрома» станет выгодно работать и по ОМС?

В.А. Зеленский: Мне сложно говорить за менеджмент конкретных поликлиник. Думаю, что полный тариф сделает работу в системе ОМС выгодной. Другое дело, что руководству лечебных учреждений придется решить: а готовы ли они сами открыть двери своих клиник? Давайте сразу скажем, что «прикрепиться» к ним захотят многие. И здесь Минздравсоцразвития России занимает твердую позицию. Если эти престижные лечебные учреждения захотят входить в систему ОМС только для того, чтобы проводить первое посещение бесплатно в рекламных целях, используя полис ОМС, то такое «вхождение» штаб отрасли не устраивает. С такой формой работы клиники в системе ОМС не нужны, это бессмысленно. Можно легко прогноиро-

вать, что часть ведомственных и частных клиник высокого уровня вряд ли захотят в ближайшее время «окунуться» в систему ОМС. Им гораздо проще самостоятельно устанавливать фиксированные цены на свои медицинские услуги, опираясь на платежеспособный спрос. Если пациенты готовы платить, то зачем начинать играть по правилам ОМС? С другой стороны, если посмотреть на отдаленную перспективу, скажем, на пять-шесть лет вперед, скорее всего, достаточно серьезное увеличение организаций, принявших решение работать в системе ОМС, все-таки произойдет. Мы хотим в ближайшее время определить их количество, оценить, насколько они готовы раскрывать свою деятельность перед СМК, как они будут конкурировать с государственными лечебными учреждениями за объемы медицинской помощи. Все это требует проработки.

Смогут ли пациенты воспользоваться не только поликлинической, но и стационарной помощью в городе, где они не прописаны?

Проблема кроется только в том, что регионы устанавливают тарифы в системе ОМС в силу возможностей своих бюджетов. Вот и получается, что гражданина, с грехом пополам, прикрепляют к «чужой» поликлинике. Ведь ЛПУ за проделанную работу деньги должно получать из того региона, в котором зарегистрирован обратившийся. Если больной проживает в не очень богатой территории, то ФОМС не сможет заплатить столько, сколько платит по тарифам регион, в котором это обследование проведено. В результате межтерриториальная система расчетов дает сбой. Хотя обновлена правовая база, чтобы не возникало желание установить какие-то нормативные препоны для приема иногородних, но все не так просто. Когда существует материальная заинтересованность, законодательство срывает с трудом. Самый простой пример – Москва и Московская область. Застрахованный обращается в столичную клинику, а проживает в Подмоскovie. Московскому областному фонду ОМС очень трудно оплатить тариф, установленный в столице. Он в два раза выше, чем действующий в области.

Минздравсоцразвития России ставит перед собой задачу – к 2013 г. сократить дифференциацию тарифов между регионами. Для этого государство ежегодно будет выделять 250 млрд. руб. Этих денег должно хватить на поддержку слабых регионов. Кроме того, страховые взносы за неработающее население администрации территорий будут платить по понятным правилам. По оценкам экспертов, это может добавить в систему ОМС еще 200 млрд. руб.

Есть ли дефицит в бюджете ФОМС?

А.В. Юрин: Дефицита в бюджете ФОМС нет и можно заявить с абсолютной уверенностью – не будет в ближайшее время. Первый квартал этого года показал, что фонд выполнил все обязательства перед субъектами РФ еще в 2010 году.

Сколько СМК работает в России?

В нашей стране в системе ОМС работают 95 СМК. Для сравнения, в ДМС участвует почти 300 компаний. Но с другой стороны, даже действующие СМК не всегда можно с полным основанием назвать таковыми. Не все компании могут провести экспертизу качества медицинской помощи, в случае необходимости выехать к застрахованному домой или в лечебное учреждение. Давайте честно скажем, что многие из них не имеют даже многоканального телефона, по которому круглосуточно оператор записывает жалобы и претензии. Скорее всего, в порядка 40% компаний, которые работают в системе ОМС сегодня, не выполняют вышеперечисленных требований. С другой стороны, 70% населения застраховано в 14 наиболее крупных компаниях. Хорошо это или нет? Конечно, хорошо. С 2011 г. устанавливаются повышенные требования к уставному капиталу СМК. Теперь планка его установлена в 60 млн. руб., вместо – 30. Хотя справедливости ради скажем, что СМК, работающие в других сегментах страхования, имеют еще больший размер уставного капитала. В среднем он составляет уже около 120 млн. руб. Логика здесь понятна, крупная компания, скорее всего, сможет оказать всю гамму услуг, которые необходимы клиентам. Но государство не просто повышает требования к работе компаний, занимающихся медицинским страхованием. Если раньше процент на ведение дела СМК устанавливался в размере 0,5-0,8% от тех средств, которые «проходили» через страховую компанию, по новому закону диапазон этих расходов установлен от 1 до 2%. Как видите, закон не только предъявляет новые требования к СМК, но и позаботился о финансовом обеспечении этой деятельности.

- На систему страхования какой страны больше похожа российская модель?

В.А. Зеленский: Очень сложно проводить параллели. Дело в том, что социальное страхование прошло в каждом государстве свой особенный путь. В Германии, где оно зародилось, страхование больше ориентировано на партнерство профсоюзов и работодателей, нежели на государственное регулирование. Скорее всего, нам ближе Франция, где хорошо структурированы взаимоотношения: центр – регионы. Мы приближаемся к нормальной логике большинства европейских стран, исповедующих систему солидарного сбора страховых взносов, когда за больного платит здоровый. Точно так же везде тариф является полным, СМК контролируют качество и обоснованность проведения медицинских услуг. Мы отличаемся только тем, что большинство поставщиков медицинских услуг у нас имеет государственную форму собственности. У нас нет большого числа частных врачей общей практики, частных стационаров. Этим, наверное, мы еще долго будем отличаться от других стран мира...

А.В. Юрин: «Чеченская Республика – это динамично развивающийся регион»



В настоящее время Чеченская Республика является одним из динамично развивающихся регионов Российской Федерации. При этом руководителем Республики Р.А. Кадыровым осуществляется последовательная социальная политика, направленная на качественное улучшение показателей охраны здоровья населения.

В этой связи определены новые приоритеты в работе и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики: повышение качества и доступности медицинской помощи, оказываемой застрахованному населению, создание эффективных механизмов реализации прав граждан в системе обязательного медицинского страхования, повышение уровня оплаты труда медицинских работников.

Существенные изменения произошли в сфере реализации мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье», проведения дополнительной диспансеризации населения.

Заметно улучшилась работа по реализации постановления Правительства Российской Федерации от 31.12.2009 г. № 1146 «О порядке предоставления в 2010 году из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан». Число охваченных диспансеризацией работающих жителей региона в 2010 году должно было составить 12000 человек. В октябре выполнение годового плана составило 102,8%. В связи с этим было принято решение до конца года провести дополнительно 1500 диспансерных обследований работающих граждан, в результате фактический показатель диспансерных обследований за год составил 14100 человек или 117,5 % к плану.

Кроме того, в Чеченской Республике подлежало диспансеризации 693 детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Дети указанной категории размещены в семи стационарах. К концу 2010 года обследовано 714 детей или 103% к плану.

Одним из важных механизмов, обеспечивающим оказание качественной, своевременной и бесплатной

медицинской помощи, является обеспечение защиты прав застрахованных. Это одна из основных задач системы обязательного медицинского страхования. За 10 лет существования фонда ОМС на территории Чеченской Республики создана эффективная система контроля качества оказания медицинской помощи гражданам в лечебных учреждениях. За девять месяцев 2010 года специалистами территориального фонда обязательного медицинского страхования и филиала страховой медицинской организации в городе Грозный проведено около двух тысяч экспертиз качества медицинской помощи.

В связи с активизацией деятельности по информированию населения о правах в системе обязательного медицинского страхования и почти полной обеспеченности граждан страховыми медицинскими полисами, уменьшилось общее количество обращений застрахованных.

Учитывая высокую долю сельского населения и географические особенности региона, одним из условий улучшения доступности медицинской помощи для граждан Республики является развитие сети амбулаторно-поликлинических учреждений, дневных стационаров, передвижных и выездных форм оказания медицинской помощи, использование медицинских учреждений близлежащих субъектов Российской Федерации.

В 2011-2012 гг. планируется дополнительное направление средств в рамках реализации Программы модернизации здравоохранения в Чеченской Республике, целью которой является улучшение качества и обеспечение доступности медицинской помощи населению.

В целом, отрадно отметить, что остались позади те трудные времена, когда разрушенная социальная инфраструктура находилась на стадии становления. В настоящее время дан толчок интенсивному развитию всем сферам жизнедеятельности республики, а здравоохранение определено приоритетной сферой.

Публикация в информационно-аналитическом журнале «Итоги деятельности системы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики в 2010 году» на стр. 8–9.

А.В. Юрин: «Вознаграждение страховщиков должно соответствовать их вкладу в систему ОМС»



Численность страховщиков ОМС, на ваш взгляд, является адекватной спектру оказываемых ими услуг?

Сейчас в ОМС работает 95 страховщиков, и это число постоянно сокращается на протяжении последнего времени. На мой взгляд, это обоснованная тенденция, с учетом того, что 14 компаний в рамках ОМС обеспечивают более 70 проц. россиян. Компания, которая обслуживает 5-20 тысяч человек, не может обеспечить качественный сервис и присутствие во всем регионе. Именно поэтому мы поддерживаем требования по увеличению уставного капитала медстраховщиков до 60 млн. руб.

При этом все равно остается разрыв в 60 млн. руб по уставному капиталу по отношению к классическим страховщикам. Который, как мне кажется, представляется все-таки неоправданным, и думаю, что в дальнейшем будут предприняты шаги по его сокращению и нивелированию. И думаю, что со временем число нынешних игроков может сократиться. Ведь реформой предусмотрено, что граждане будут самостоятельно выбирать страховщиков.

Еще один вероятный тренд, который мы берем в расчет. Это укрупнение медстраховщиков, которое, скорее всего, будет происходить.

Сами страховщики постоянно жалуются, что им не хватает денег. Останется ли у них повод для дальнейших дискуссий на данную тему?

Бизнес по ОМС должен строиться таким образом, чтобы страховщики не могли получить сверхдоходов от работы в регионах Российской Федерации. Сейчас установлены нижняя и верхние планки - от 1 до 2 проц. Именно в пределах этого коридора регионы смогут согласовывать

вознаграждение, которые будут получать компании за оказание своих услуг в рамках системы ОМС. В этом году компании, которые работали по нижней планке, смогут заработать больше - в рамках установленного коридора, после того, как будут внесены изменения в бюджеты территориальных фондов ОМС. Так что можно смело сказать, что размер вознаграждения вырастет.

Сколько это составит в денежном выражении?

Ответ: Если взять среднюю ставку для регионов в 1,5 проц. от проведенных средств, то в прошлом году при финансировании системы в размере 570 млрд. руб, этот показатель в общей сложности достиг 7 млрд. руб. С учетом увеличения финансирования системы ОМС на этот год вдвое, только в 2011 г. сумма, которую смогут заработать страховщики, скорее всего вырастет в два раза.

Увеличение комиссионных повлечет за собой какие-то последствия для страховщиков ОМС?

Да, несомненно. Но необходимо понимать, что рост вознаграждения влечет за собой и рост ответственности, а также требований к участникам этого рынка.

По сути, первым вопросом станет наличие доверия у застрахованного лица к конкретной компании. Кроме того, сейчас, например, есть небольшие региональные страховщики, которые могут и не исполнить новые требования к увеличению уставного капитала.

Ведь на работу каждого отдельного страховщика повлияет и такой фактор, как требования территориальных фондов ОМС по сохранению тайны личных данных застрахованных лиц, что потребует от компаний дополнительных затрат.

Например?

Ответ: Например, компании будут должны взять на себя проверку застрахованных и не допускать двойного страхования одного и того же лица. То есть мы должны понимать, что в системе ОМС не будет больше ситуаций, когда проведенная сверка выявляет сразу 700 тысяч “мертвых душ”. Только таким образом будет работать четко выстроенная система, которая при этом будет экономно расходовать государственные средства. Кроме того, на плечи страховщиков лягут и обязанности по проведению экспертизы оказанных услуг, их качеству.

В ряде регионов реализуются пилотные проекты, совмещающие элементы ОМС и ДМС. Например в Перми, где региональные власти выдают сертификаты на 4 тыс. рублей для добровольного приобретения страховых медицинских услуг. Как вы относитесь к подобной идее?

Ответ: На мой взгляд, вопрос совмещения государственной программы обязательств по представлению бесплатных медуслуг и коммерческих программ ДМС пока не решаем. Дело в том, что государство использует подход солидарной ответственности, благодаря которому каждый гражданин вправе получать набор бесплатных услуг в рамках системы ОМС. В ДМС же нет такого подхода, каждый получает ровно столько, сколько у него оговорено в договоре страхования. То есть все платят по-разному и получают разный объем услуг. Кроме того, стандарты услуг, их цена и качество зависят от конкретного продукта конкретной компании. При этом необходимо отметить, что несмотря на рекламу, предложения в рамках продуктов добровольного медстрахования обычно ограничены списком не самых затратных услуг, которые могут представлять медучреждения. Мы же иначе подходим к определению качества и стандартов услуг обязательного медстрахования.

Но какие-то вероятные варианты по совмещению моделей ОМС и ДМС все-таки должны существовать?

Ответ: На мой взгляд, сосуществование возможно лишь в рамках, когда человек хочет получить более дорогую услугу, оплачивая гарантированную часть в рамках ОМС, а остаток цены – в рамках ДМС. То есть, например, когда гражданин хочет поставить более дорогой глазной хрусталик, или использовать в зубопротезировании более дорогие расходные материалы, вместо предусмотренных в рамках ОМС. По сути, увеличение комфортности условий по реализации прав будет предусмотрено в новом законе «О здравоохранении в РФ», проект которого находится сейчас на рассмотрение правительства.

Как развивается система одноканального финансирования?

Ответ: Полностью перейти на одноканальную систему финансирования планируется в 2013 году. Но в целом по стране по одноканальной системе сейчас поступает порядка 50 проц. финансирования. Есть и регионы – лидеры в данном вопросе. Например, в Татарстане уже 80 проц. финансирования поступает по одноканальной системе. Также к числу наиболее успешных в данном вопросе регионов можно отнести Калининград, Пермь, Томск.

В рамках реформы есть достаточно большой спектр задач по созданию электронных баз данных и определения правил доступа к ним. Как продвигается данная работа?

Ответ: В рамках модернизации системы за 2011-2012 годы мы должны полностью создать ряд продуктов информационного обеспечения реформы, на использование которых будут переведены все медучреждения, работающие в системе ОМС. В частности, должны появиться электронные истории болезни каждого застрахованного в рамках системы, а это каждый гражданин страны. Кроме того, сами медучреждения должны реализовать систему электронной очереди. Несомненно, что должна развиваться и телемедицина, особенно в труднодоступных районах страны.

При этом россияне должны будут получить доступ к территориальным базам данных о медучреждениях, оказывающих услуги в рамках ОМС.

Такая база появится на федеральном уровне?

Нет, на федеральном уровне такой базы пока не будет. На федеральном уровне будет создан банк обмена данными, необходимый для реализации права граждан на получение бесплатных медуслуг в рамках всей страны. Плюс подобные банки должны появиться и на уровне регионов.

А как обстоят дела с формированием реестров медучреждений, задействованных в ОМС?

Реестры должны быть созданы окончательно до 1 сентября этого года, и уже с 2012 года включить в себя все участвующие в системе ОМС медучреждения. Конечно тех, кто выразит желание работать в ней.

В ряде регионов возникли вопросы, а также ситуации, которые можно квалифицировать как мошенничество, когда пенсионерам предлагают за деньги заранее якобы обменять полисы ОМС на новые. В ФФОМС как-то отслеживают подобные ситуации?

Необходимо еще раз отметить, что обмен полисов начнется только с 1 мая этого года. И никакой срочности в решении данного вопроса не возникает, поскольку обмениваться они будут не всем и сразу, а в порядке обмена за утерянные бланки полисов ОМС. Кроме того, это могут быть случаи, когда лицо ранее не было застраховано, либо человек получает новый полис.

Вопрос выдачи новых бланков каким-то образом будет коррелироваться с созданием универсальной электронной карты?

Единую карту планируется запустить с 2014 года, и пока мы ведем подготовительные работы в рамках ее создания, а также разъясняем суть данной новации. Еще раз повторюсь, что не стоит спешить обменивать свой полис ОМС на новый с мая этого года. Ведь до 2014 года все могут пользоваться тем полисом, что у них есть сейчас.

Что нужно будет делать гражданину, если он не сможет осуществить своего права на смену лечащего врача или медучреждения?

Необходимо отметить, что участковый принцип оказания бесплатных медицинских услуг в рамках реформы ОМС никто не отменял. А значит и ваш действительный участковый врач не вправе отказать вам в обслуживании. Точно также врач с другого участка вполне имеет право отказать в переходе к нему и смене медучреждения. Другое дело, что изначально предполагается, что врачи должны все-таки начать конкурировать между собой за клиентов,

а значит и за дополнительные потоки финансирования в рамках обязательного медстрахования. По сути, чем больше у отдельного врача и медучреждения список обслуживаемых граждан, чем больше они довольны предоставляемыми услугами, тем больше может заработать и сам врач, и учреждение, где он работает.

Андрей Владимирович, а чего вы сами ожидаете от реформы ОМС?

Ответ: Знаете, нужно понимать, что новый закон об ОМС – это не закон о росте расходов и выплат в медицинском страховании граждан. Это закон, который меняет всю систему. Например, ожидаю, что число ЛПУ, участвующих в системе ОМС, вырастет с 8 тысяч до более чем 10 тысяч заведений. Меняется финансовый механизм – оплата медуслуг будет в полном объеме следовать за пациентом. В целом закон направлен на улучшение качества медуслуг и повышении их доступности.

Интервью у Председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования А.В. Юрина агентству «ПРАЙМ-ТАСС» взял обозреватель Ю.М. Нехайчук.

Совещание с исполнительными директорами ТФОМС Центрального федерального округа



Президиум совещания с исполнительными директорами ТФОМС ЦФО (слева направо: заместители Председателя ФОМС А.И. Кувалдин, С.А. Карчевская, исполнительный директор Тульского ТФОМС Б.Н. Федорченко, Председатель ФОМС А.В. Юрин, заместитель председателя правительства Московской области В.А. Егеров, исполнительный директор Московского областного Фонда ОМС Г.А. Антонова, министр здравоохранения Московской области В.Ю. Семёнов, исполнительный директор Краснодарского ТФОМС Н.Н. Стадченко.

В рамках полномочий представительства Федерального фонда обязательного медицинского страхования в Центральном федеральном округе исполнительным директором Тульского территориального фонда обязательного медицинского страхования 10 февраля 2011 года состоялось мероприятие, которое стало одним из первых в 2011 году в условиях вступления в действие нового Федерального закона от 29 ноября 2011 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Предложение Председателя Федерального фонда ОМС А.В. Юрина провести совещание исполнительных директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования Центрального федерального округа непосредственно в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования позволило встретиться участникам совещания за круглым столом 10 февраля 2011 года.

В работе совещания приняли участие: Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования А.В. Юрин, заместители председателя ФОМС С.А. Карчевская и А.И. Кувалдин, руководители Управлений ФОМС – С.Г. Кравчук, Ю.А. Нечепоренко, Н.С. Соловьева, О.В. Царева, Г.Л. Юркин, И.В. Плешков, начальники и заместители начальников отделов ФОМС, представитель ФОМС в ЦФО Б.Н. Федорченко, исполнительные директора 17 регионов ЦФО, а также представители 2 регионов, не входящих в состав ЦФО – Краснодарского ТФОМС и ТФОМС Санкт-Петербурга; члены Правительства Московской области: заместитель председателя Правительства Московской области, председатель Правления Московского областного фонда ОМС В.А. Егеров, министр здравоохранения Московской области В.Ю. Семенов.



**А.В. Юрин, Председатель
Федерального фонда обяза-
тельного медицинского стра-
хования**

Председатель ФОМС А.В. Юрин открыл совещание подведением итогов по подготовке нормативной базы в 2010 году и в своем выступлении отметил, что в настоящее время в системе обязательного медицинского страхования подготовлены практически все нормативно-правовые акты, регулирующие механизм реализации Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», а также достигнуто значительное увеличение финансового обеспечения системы.

Председатель ФОМС дал обзор основных вопросов, представленных территориальными фондами ОМС в Федеральный фонд ОМС, в том числе: о размере уплаты страховых взносов в регионах; о взаимодействии со страховыми медицинскими организациями, об усилении контролирующей роли территориальных фондов ОМС по отношению к страховым медицинским организациям, увеличении требований контрольно-ревизионного управления и управления организации ОМС к деятельности страховых медицинских организаций; о взаимодействии с медицинскими организациями, о заявительном характере участия медицинских организаций в ОМС, об ужесточении требований к праву на осуществление медицинской деятельности (лицензии); о необходимости приведения региональных документов в соответствие с федеральным законодательством; о проведении совещаний со страховыми медицинскими организациями по технологии выдачи полисов.

Ближайшими задачами Председатель ФОМС определил: первая - финансирование региональных программ модернизации, вторая - выдача полисов единого образца с 1 мая 2011г., которые будут изготавливаться печатной фабрикой ГОЗНАК.

«Финансовое обеспечение здравоохранения сегодня на самом высоком уровне - мы должны найти механизмы без социального напряжения рационализировать сеть здравоохранения», - отметил Председатель ФОМС.



**В.А. Егереv, заместитель
Председателя Правительства
Московской области, председа-
тель Правления МОФОМС**

В выступлении заместителя Председателя Правительства Московской области, председателя Правления МОФОМС В.А. Егеревы была представлена информация о состоянии здравоохранения и развития системы обязательного медицинского страхования Московской области, в которой были отмечены основные проблемы, возникающие в ходе реализации закона об обязательном медицинском страховании, такие как: низкий уровень зарплаты медицинских работников Московской области, что ведет к оттоку кадров в г. Москву; большой объем оказания медицинской помощи жителям регионов РФ; высокая доля неработающего населения (до 65% жителей) и предложение к ФОМС об утверждении норматива на неработающее население на уровне РФ или выше.

Дальнейшая работа совещания была построена в форме обсуждения предварительно направленных в адрес Федерального фонда обязательного медицинского страхования проблем и вопросов и обмена региональным опытом по обязательному медицинскому страхованию. Руководители управлений ФОМС давали практические ответы на вопросы, возникающие у территориальных фондов ОМС, в связи с вступлением в силу Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».



**С.Г. Кравчук, начальник Управ-
ления организации ОМС ФОМС**

Так, начальник Управления организации ОМС С.Г. Кравчук рассказала о применении законодательных актов при взаимодействии территориальных фондов ОМС со страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями и подготовила следующие ответы на вопросы ТФОМС.

До сведения руководителей территориальных фондов ОМС по вопросу подготовки нормативных до-

кументов доведена информация об отсутствии права ТФОМС утверждать собственные нормативные акты, а при необходимости внесения дополнений и изменений в утвержденные нормативные документы существует возможность направлять свои предложения для рассмотрения в ФОМС.

По вопросу о реестрах медицинских организаций и страховых медицинских организаций рекомендовано соблюдать утвержденные форматы, в обязательном порядке размещать реестры на официальном сайте ТФОМС в информационно-коммуникационной сети Интернет, а также дополнительно опубликовывать иными способами.

Порядок выбора гражданином медицинской организации и врача, право на выбор которых закреплено в статье 16 Федерального закона, будет регламентирован нормативными актами Министерства здравоохранения и социального развития России.

Обсуждены вопросы заключения договоров, размера расходов на ведение дела (РВД), финансового уровня ответственности за невыполнение функций, размера санкций при выявлении дефектов СМО и МО, о тарифах на оплату медицинской помощи и подушевом финансировании СМО и МО, о работе Комиссии по разработке территориальной программы.

По вопросу выбора и замены страховой медицинской организации было четко сказано, что право выбора страховой медицинской организации появляется у гражданина с даты вступления в действие Федерального закона, т.е. гражданин имеет право подать заявление о выборе страховой медицинской организации на 2011 календарный год с 01.01.2011 г. Страховая медицинская организация, выбранная застрахованным лицом, выполняет обязательства, предусмотренные Федеральным законом, с даты подачи заявления о выборе СМО в 2011 г., а также и в последующие отчетные периоды (2012 г. и далее), если гражданин не принял решение о смене страховой медицинской организации.

Также обсуждены идентификации граждан, межтерриториальных расчетов, оплаты медицинской помощи при наличии нескольких полисов, отсутствия оснований для заключения договора по межтерриториальным расчетам между ТФОМС и медицинскими организациями, экспертной деятельности и контроле ее выполнения, подготовки экспертов и проведения конкурса по отбору центров обучения специалистов, необходимости защиты информации.



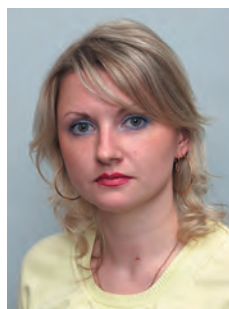
**Ю.А. Нечепоренко, начальник
Управления информационно-
аналитических технологий
ФОМС**

Начальник Управления информационно-аналитических технологий Ю.А. Нечепоренко представил обзор вопросов, касающихся порядка выдачи полисов обязательного медицинского страхования, порядка персонализированного учета зарегистрированных граждан и информационного взаимодействия территориальных фондов ОМС, приведения всех информационных систем к единым требованиям.

Также было рассказано о порядке пробного запуска функционирования единого регистра застрахованных, отработки модели информационной системы выдачи полиса ОМС от заявления в СМО до передачи в ФОМС, и тестовой отправки заявки на изготовление полиса.

О Соглашении с Пенсионным фондом России по персонифицированному учету предложено оперативно дать замечания по общим принципам информационных систем обязательного медицинского страхования.

Были обсуждены отдельные положения информационного взаимодействия, вопросы о сроках действия полисов ОМС, о выдаче временного свидетельства застрахованному лицу, о направлении реестров счетов из медицинской организации в территориальный фонд ОМС, о неопознанных лицах и ходатайстве об оплате медицинской помощи, об одновременном страховании на двух территориях.



**Н.С. Соловьева, начальник
Управления формирования до-
ходов ОМС ФОМС**

В своем выступлении начальник Управления формирования доходов ОМС Н.С. Соловьева сделала обзор по вопросам о деятельности ТФОМС в части регистрации страхователей, об утверждении приказа ФОМС по нарушению законодательства, об отмене деятельности территориальных фондов ОМС по регистрации страхователей работающего населения.

Кроме того, была представлена информация о поступлениях страховых взносов за 2010 год: средств на

обязательное медицинское страхование в Российской Федерации поступило в размере 531 млрд., 32% из которых приходится на долю Центрального федерального округа; по ЦФО на одного застрахованного приходится 3324 руб.; о темпах роста - 101% по ЦФО, по РФ - 113%.



Б.Н. Федорченко, представитель ФОМС в ЦФО, исполнительный директор Тульского ТФОМС

Представитель ФОМС в ЦФО Б.Н. Федорченко озвучил свой алгоритм действий как директора территориального фонда ОМС в переходный период реализации закона об обязательном медицинском страховании в РФ.

1. Принять постановления высшего органа исполнительной власти субъекта:

- об утверждении Положения о ТФОМС субъекта РФ;
- об утверждении состава Правления ТФОМС;
- о порядке проведения заседаний и принятия решений Правлением ТФОМС.

2. Утвердить согласно Положению о ТФОМС численность, фонд оплаты труда и структуру территориального фонда ОМС.

До вступления в силу закона о государственных социальных фондах целесообразно сохранить положение о согласовании ФОМС структуры территориальных фондов ОМС, назначении на должность и освобождение от должности руководителей, а также нормативов расходов на обеспечение выполнения территориальными фондами своих функций, как сейчас предусмотрено п. 8 ст. 7 закона об ОМС.

3. Изменить название территориального фонда ОМС со всеми вытекающими из этого последствиями: печати, бланки, постановка на учет в налоговом органе, переформление счетов.

4. Внести изменения в бюджет в связи со следующими обстоятельствами:

- определение направлений и порядка использования средств НСЗ;
- определение процента на ведение дел СМО;
- внесение в доходную часть бюджета поступлений на реализацию программы модернизации;
- увеличение доходов бюджета по поступлениям на ОМС неработающего населения п. 12 ст. 51 закона об ОМС;
- увеличение расходов на АУП в связи с необходимостью увеличения расходов, связанных с реэкспертизой экспертной деятельности СМО и экспертизой при межтерриториальных расчетах, на информационно-разъяснительную работу.

5. Перезаключить договоры со страховыми медицинскими организациями с учетом всех остатков средств СМО.

6. Взять на контроль перезаключение договоров между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями.

7. Принять меры к передаче имущества из федеральной собственности в собственность субъекта.



Г.Л. Юркин, начальник Управления правовой и международной деятельности ФОМС

Об утверждении Типового положения о территориальном фонде ОМС и последующих действиях в связи с изменениями в наименованиях некоторых фондов ОМС, о переназначении директора территориального фонда в связи с переименованием должности и наименованием фонда, о передаче имущества ТФОМС в федеральную собственность рассказал начальник Управления правовой и международной деятельности Г.Л. Юркин.



О.В. Царева, заместитель начальника Управления модернизации системы ОМС ФОМС

Итоги реализации национального проекта «Здоровье» в 2010 году подвела заместитель начальника Управления модернизации системы ОМС О.В. Царева. Отмечена необходимость своевременной подготовки планов проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан (далее – ДДР) и диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (далее – ДДС) и недопустимость их невыполнения, проведение медико-экономической экспертизы по ДДР и ДДС, осуществляемых в рамках соответствующих приказов ФОМС и МЗСР РФ.

Более подробно обсуждалась программа модернизации здравоохранения в течение 2011-2012 годов, по которой регионам сообщено о принятии к сведению замечаний, направляемых протоколами по результатам согласования у заместителя Председателя Правительства РФ.

Рассмотрены некоторые требования к формированию программ: о предельной стоимости на капитальные ремонты по годам, о наличии в бюджете субъекта ассигнований в объеме не менее прошлого года, о затратах на детскую медицину - совокупный объем от общего плана финансирования должен быть не менее 25% (включая диспансеризацию подростков); об обязательном отражении суммы, выделенной в программе модернизации на повышение доступности амбулаторно-поликлинической помощи, и направлении средств на повышение зарплаты и расход на лекарственные средства в амбулаторных условиях; о полном восстановлении средств программ модернизации, при выявлении нецелевого использования.

По вопросу получения средств из бюджета ФОМС в бюджеты ТФОМС отмечено, что аккумулярование средств в ТФОМС не предусмотрено, получение и использование средств по программам модернизации здравоохранения возможно только в соответствии с графиком; направление по заявке СМО на стандарт в установленном размере.

Начальник отдела методологии тарифов и финансового взаимодействия в ОМС ФОМС И.А. Железнякова рассмотрела вопросы о тарифных соглашениях, о включении медицинских ассоциаций в состав комиссий по утверждению тарифов и подушевых нормативов и не включении в случае отсутствия таковых, о возможности использования дифференцированных коэффициентов к тарифам, используемых в регионе; о применении методики расчета услуг в случае оплаты в регионе по комплексным услугам (койко-дням и посещениям). Также она информировала об особенностях финансирования страховых медицинских организаций в 2011 году.

О понятии и правилах размещения временно свободных средств ФОМС и ТФОМС сообщила **начальник отдела анализа территориальных программ государственных гарантий ФОМС А.В. Мясоедова**. Были доложены некоторые требования к кредитным организациям – уставному капиталу, рейтингу кредитоспособности, о сроках предоставления заявок; о своевременной информации ТФОМС по размещению средств; о форме заявки кредитных организаций на заключение договоров банковского депозита.



Н.М. Калашников, исполнительный директор ТФОМС Белгородской области

В целях обмена опытом между территориальными фондами ОМС по ЦФО была представлена презентация Белгородского ТФОМС.

Опытом внедрения федеральных стандартов медицинской помощи в Белгородской области поделился **исполнительный директор Н.М. Калашников**, во время выступления которого было сказано о необходимости обучения практических врачей и врачей-экспертов по вопросам стандартизации в здравоохранении, о необходимости создания единого программного продукта по расчету стоимости федеральных стандартов и контроля выполнения объема стандартов медпомощи, о проблеме ТФОМС по затратам на проведение экспертиз, в т.ч. экспертиз качества медицинской помощи (далее - ЭКМП), ввиду их значительного объема. (рис. 1 и рис. 2).

А.В. Юрин предложил, учитывая замечания по значительному объему ЭКМП, обобщить и направить в ФОМС предложения по оптимизации экспертной деятельности ТФОМС и СМО. Кроме того, Председатель ФОМС предложил провести совещание по внедрению оплаты по стандартам медпомощи с участием представителей ФОМС и МЗСР РФ.

Практическая направленность состоявшегося совещания позволила всем присутствующим получить необходимые ответы на самые актуальные вопросы по введению в действие нового федерального закона об обязательном медицинском страховании на территории Центрального федерального округа.

Это позволило начать во всех регионах ЦФО информационно-разъяснительную работу на всех уровнях субъекта Российской Федерации: в администрациях, в органах управления здравоохранением, муниципалитетах, лечебных коллективах, страховых медицинских организациях.

В Тульской области по основным вопросам взаимодействия территориального фонда ОМС с медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями проведены следующие мероприятия:

- семинар по теме «Реализация нового Федерального Закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» для руководителей и специалистов исполнительной дирекции и филиалов Тульского ТФОМС;



Рис. 1. Внедрение федеральных стандартов медицинской помощи в медицинских организациях системы ОМС Белгородской области

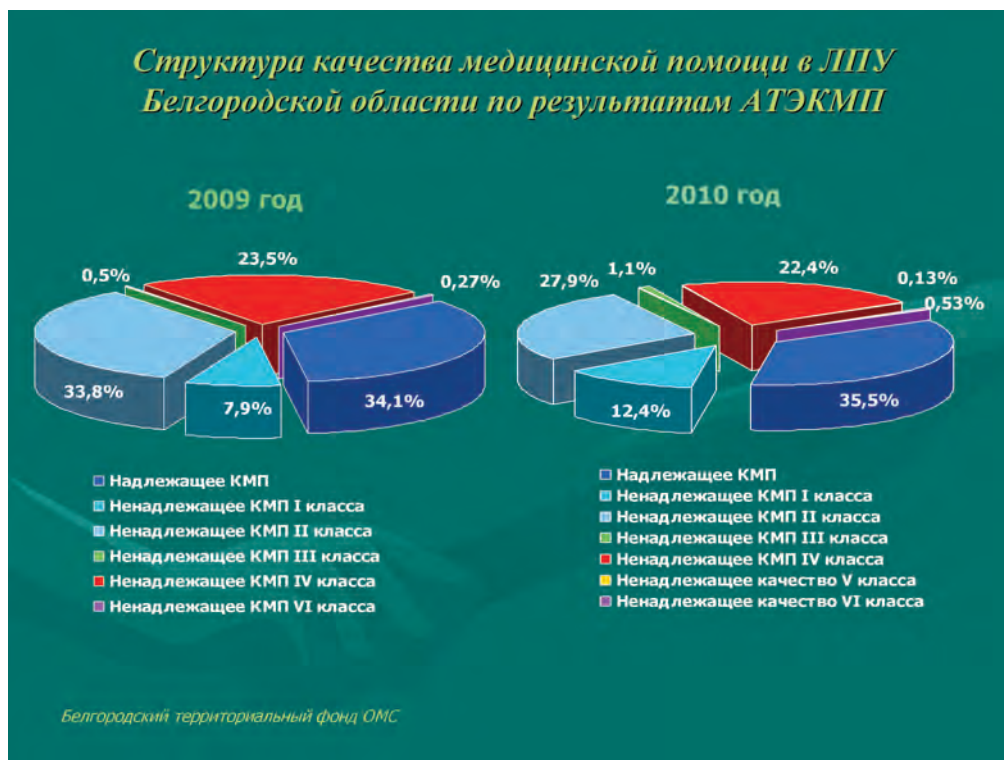


Рис. 2. Структура качества медицинской помощи в ЛПУ Белгородской области по результатам АТЭКМП



Рис. 3. Заместитель исполнительного директора Тульского ТФОМС Красноперова Ю.С. с презентацией на итоговой коллегии в Департаменте здравоохранения Тульской области



Рис. 4. Информационное взаимодействие в ходе модернизации здравоохранения в Тульской области

- совещание с участием представителей департамента финансов, департамента здравоохранения, администрации Тульской области, руководителей и экономистов органов управления здравоохранением Тульской области, главных врачей медицинских организаций и руководителей страховых медицинских организаций;

- совещание с участием стоматологических служб Тульской области;

- совещание с участием управления здравоохранения администрации г. Тулы и главных врачей г. Тулы;

- ряд совещаний со страховыми медицинскими организациями по вопросам финансирования, договорных отношений и т.д.

Также Тульский ТФОМС принял участие в работе итоговой коллегии Департамента здравоохранения Тульской области «Итоги работы органов и учреждений здравоохранения за 2010 год и задачах на 2011 год (Рис. 3).

Обсуждение программы модернизации здравоохранения Тульской области на 2011-2012 годы» (Рис. 4).

В настоящее время ведется работа по сбору сведений по основным показателям деятельности территориальных фондов ОМС Центрального федерального округа для последующего анализа и подготовки информации о деятельности ТФОМС в ЦФО.

В заключение необходимо отметить, что и сегодня у территориальных фондов ОМС возникает ряд вопросов и предложений по новому законодательству в сфере обязательного медицинского страхования, поэтому Тульский ТФОМС предлагает территориям формулировать их и направлять в его адрес для обобщения и передачи в Федеральный фонд ОМС для рассмотрения.

Решения совещания:

- руководствоваться требованиями федеральных нормативных актов при приведении региональных документов в соответствие;

- провести разъяснительно-информационную работу с медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями по реализации закона об ОМС;

- направлять в ФОМС вопросы и предложения, требующие дополнительного рассмотрения до выхода нормативных документов ФОМС и МЗСР РФ, и просить ФОМС представлять ответы в письменной форме для использования в работе;

- провести совещание руководителей и специалистов территориальных фондов обязательного медицинского страхования по ЦФО по оплате медпомощи по стандартам в г. Белгороде с приглашением представителей заинтересованных подразделений ФОМС и МЗСР РФ;

- предложить ФОМС (УСОМС) провести совещание по экспертной деятельности ТФОМС и СМО.



В редакции «Российской газеты» проведена «горячая линия» с участием начальника Управления организации обязательного медицинского страхования ФОМС С.Г. Кравчук в связи с утверждением новых правил обязательного медицинского страхования



Начальник Управления организации обязательного медицинского страхования Федерального фонда обязательного медицинского страхования С.Г. Кравчук

В редакции «Российской газеты» 14 марта проведена «горячая линия» с участием начальника Управления организации обязательного медицинского страхования ФОМС С.Г. Кравчук в связи с утверждением новых правил обязательного медицинского страхования.

Закон «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации» содержит несколько принципиальных новаций. Во-первых, граждане имеют право на получение медицинских услуг по полису обязательного медицинского страхования в любом регионе России, а не только там, где зарегистрирован человек. Во-вторых, это можно сделать не только в государственных или муниципальных медицинских организациях, но и в частных или ведомственных, если они станут участниками программы обязательного медицинского страхования. В-третьих, гражданин может самостоятельно выбрать страховую медицинскую организацию, медицинскую организацию и врача, которые будут его обслуживать. Механизмы реализации новых положений закона

определены в новых правилах обязательного медицинского страхования.

Работодатель больше не будет обеспечивать своих работников медицинскими полисами. Отныне каждый должен будет самостоятельно выбрать страховую компанию, самостоятельно написать в нее заявление на обслуживание и забрать медицинский полис. Все полисы, выданные до 1 января 2011 года, будут действительны до 1 января 2014 года, даже если в документе написано, что его действие заканчивается раньше. Если гражданина устраивает его страховая компания и он не хочет ее менять, то даже по окончании срока действия полиса он сможет им пользоваться – полис продляется по умолчанию.

Если гражданин недоволен СМО, он может выбрать другую.

Для этого можно зайти на сайт территориального фонда обязательного медицинского страхования, ознакомиться с реестром страховых медицинских организаций, работающих в регионе, и сделать выбор. А дальше –

написать заявление непосредственно в понравившуюся компанию. После выдачи нового полиса старый аннулируется автоматически.

Менять страховую компанию можно один раз в год. За исключением случаев, если человек переехал в другую местность, где его страховщик не работает, или если у компании закончилась лицензия.

Подробнее о прошедшей «горячей линии» можно прочитать в публикациях «Врача выбирали?» «Российской газеты – Столичный выпуск» № 55 от 17 марта 2011 г. и «Российской газеты – Неделя» № 56 от 17 марта 2011 г.

ВРАЧА ВЫБИРАЛИ?

Новый порядок дает пациенту возможность самому решить, где получить медицинскую страховку и лечение
Марина Грицюк, Ирина Невинная

Все граждане России могут самостоятельно выбирать страховую медицинскую компанию, медучреждение и конкретного доктора – правда, у многих остаются сомнения, как прописанные в законе правила будут работать в реальной жизни. На вопросы читателей «Российской газеты» об изменениях в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) ответила начальник управления организации обязательного медицинского страхования ФОМС С.Г. Кравчук.

Российская газета: Выбор клиники, врача – это понятно, это дает возможность пациенту действительно попасть на прием к хорошему специалисту. А зачем выбирать страховую компанию? Чем одна отличается от другой?

С.Г. Кравчук: Сейчас, наверно, такой выбор действительно выглядит формальностью. Но в дальнейшем планируется, что страховая компания будет активнейшим образом влиять на работу медучреждений. В Федеральном фонде ОМС разрабатываются показатели деятельности страховых медицинских организаций. С 2012 года вступает в силу ряд дополнений в федеральный закон об ОМС, которые определяют дополнительное финансирование для СМО в случае выполнения этих показателей. То есть за хорошую работу страховые компании будут получать дополнительные бонусы. Оцениваться будет, в частности, количество жалоб граждан, повторных обращений, факты неоказания медицинской помощи. Не останется без внимания и удобство оказания услуг – скажем, возможность получения полиса на дому или круглосуточные бесплатные «горячие линии».

Но самые важные критерии покажут, как страховые организации будут контролировать объем и качество работы медучреждений и оказываемой ими медпомощи.

Оценка их работы будет вывешиваться на сайтах территориальных фондов ОМС, и результаты такого мониторинга будут доступны для граждан. Люди смогут определять для себя лучшую страховую компанию.

Российская газета: Будут ли разные СМО связаны с различными медицинскими учреждениями?

С.Г. Кравчук: Ситуация, когда разные страховые организации имеют договоры с разными медучреждениями, существует на данный момент только в Москве. Но с 1 января все СМО, работающие в субъекте России, обязаны заключить договоры со всеми медорганизациями, работающими по территориальной программе ОМС этого региона.

Российская газета: Как получить помощь, если человек выехал за пределы своего города, области?

С.Г. Кравчук: Если человеку понадобилась медицинская помощь за пределами региона, где он оформлял страховку, расчеты за его лечение будут осуществлять территориальные фонды ОМС. Такой механизм расчетов поможет избежать отказов со стороны медучреждений. Представьте: у человека на руках полис, выданный в другом регионе, у его страховой компании нет договоров с медучреждениями других регионов. Естественно, у медиков возникают опасения, получают ли они оплату за оказанную помощь. Поэтому предусмотрено, что они предъявляют счет за лечение таких пациентов своему территориальному фонду ОМС, а тот – фонду региона, откуда приехал пациент. Установлены и четкие сроки взаиморасчетов – 25 дней.

Российская газета: Цена страхового полиса ОМС в регионах по-прежнему разная?

С.Г. Кравчук: Средний тариф на оказание медуслуг в целом по стране – 4060 рублей в год на человека. Но по регионам суммы варьируются от трех тысяч рублей в Южном федеральном округе до 27 тысяч за одного жителя на Чукотке с учетом их районных коэффициентов.

Вообще тариф по-прежнему включает в себя пять статей: зарплата работников медицинских организаций, начисления на нее, медикаменты, расходные материалы и питание для пациентов – это уже не сто процентов расходов на оказание медпомощи. Но регионы с этого года могут по своему усмотрению расширить этот список, включив в него расходы на «коммуналку», капремонт, на оборудование. Таким образом тариф становится полным, и тогда в систему ОМС более выгодно включаться «частным» медучреждениям. Тюмень, Калининград уже работают по полному тарифу.

Российская газета: Если человек из «бедного» региона с неполным тарифом приедет лечиться в «дорогой», как будет оплачиваться его обслуживание? Не будут ли возникать конфликты между территориями, и не отразится ли эта разница на отношении врачей к пациентам из других регионов?

С.Г. Кравчук: Территориальный фонд ОМС субъекта России, в котором выдан полис, возмещает средства территориальному фонду ОМС по месту оказания помощи по тарифам, установленным для медучреждения, где человек получал лечение. То есть у медучреждения не возникнет потерь при лечении гражданина, застрахованного в другом регионе.

Российская газета: Как будут страховаться в новой системе люди, не имеющие постоянной регистрации?

С.Г. Кравчук: Если у человека есть паспорт, но нет регистрации, он в соответствии с правилами ОМС, как и все,

выбирает страховую компанию, пишет в нее заявление и получает полис. То же самое касается безработных, в том числе официально не зарегистрированных. Если у людей нет вообще никаких документов, но они обратились за экстренной помощью, она должна быть им оказана, а оплатит ее региональный бюджет.

Российская газета: Вопрос от врачей детской поликлиники. «В нашей поликлинике на 19 тысяч детей осталось 9 врачей. Мы даже на все свои вызовы с трудом успеваем, по 40 человек принимаем. Как в таких условиях вообще можно осуществлять выбор врача, прикреплять еще кого-то по их желанию?»

С.Г. Кравчук: Право выбора врача и медорганизации в соответствии с законом об основах охраны здоровья граждан в России формально существует уже не один год. Сейчас же Закон № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» определил то, что прикрепление к участковому врачу и специалистам происходит по заявлению человека на имя руководителя учреждения. При этом учитывается фактор согласия врача, как и фактор имеющейся нагрузки.

В разных территориях разные нормативы - от 800 до 1200 человек на одного участкового. Исходя из этого руководитель учреждения определяет, может ли конкретный доктор взять дополнительных пациентов. Что касается выездов на дом, если человек проживает отдаленно, и обслуживать его на дому невозможно, ему это должно быть четко сказано. То есть он должен определиться - он выбирает вас на условиях самостоятельного посещения поликлиники. Или он предпочтет прикрепиться к специалисту, который работает на его участке.

Непосредственно за организацию оказания медпомощи населению отвечают территориальные органы управления здравоохранением, это сфера ведения Минздравсоцразвития России.

Российская газета: Как в новой системе будут контролировать работу медучреждений?

С.Г. Кравчук: По новому закону, впервые территориальные фонды ОМС получили право проводить плановые проверки и страховых компаний, и медучреждений - с точки зрения качества оказания медицинской помощи.

Опубликовано в «Российской газете» – Столичный выпуск № 55 от 17 марта 2011 г.



Образец единого полиса обязательного медицинского страхования



ВРАЧА ВЫБИРАЛИ?

Новый закон об обязательном медицинском страховании позволяет пациентам лечиться там, где они хотят
Марина Грицюк, Ирина Невинная

С января в России начал действовать новый закон об обязательном медицинском страховании (ОМС).

1. Вводится новый, единый полис ОМС, по которому получить бесплатную медпомощь можно будет в любом регионе России, а не только там, где человек зарегистрирован.

2. Участвовать в программе ОМС смогут частные клиники. Главное - чтобы медучреждение заявило себя участником программы ОМС. Пациенту не понадобится доплачивать за лечение и консультации, входящие в территориальную программу ОМС. А конкуренция между медорганизациями вырастет, значит они станут лучше работать, чтобы привлечь больше пациентов.

3. Пациент может самостоятельно выбрать страховую компанию, медучреждение и врача.

4. Отныне работодатель не будет обеспечивать своих работников медицинскими полисами. Теперь оформление страховки - право выбора каждого гражданина.

5. Если клиент недоволен страховой компанией, он может выбрать другую. Что касается выбора врача и медучреждения, пациент может остаться в той поликлинике, к которой он прикреплен сейчас, а может перейти в другую - например, в ту, что расположена ближе к дому.

Российская газета: Вопрос очень простой. Завтра все москвичи, узнав о праве выбора медучреждения, ринутся в поликлинику Управделами президента или любое



Образец единого полиса обязательного медицинского страхования

другое престижное медучреждение и напишут заявление: прикрепите нас. Возьмут или откажут?

С.Г. Кравчук: Изначально для каждого учреждения, работающего в системе ОМС, определен плановый объем медицинской помощи - есть специальные нормативы, в том числе количество прикрепленных пациентов, количество посещений. Если плановая нагрузка на клинику исчерпана - конечно, всем «дополнительным» желающим будут отказывать. Прикрепить кого-то для постоянного обслуживания учреждение теоретически может, только если позволяет ситуация с загруженностью. Думаю, происходить это должно с учетом даты написания заявления.

В то же время одно дело - количество прикрепленных, а другое - конкретная нагрузка на врача-специалиста. Ведь кто-то мало болеет и, будучи прикрепленным к поликлинике, пользуется ее услугами редко. Поэтому не исключено, что, если вы захотите получить консультацию в престижном медучреждении у узкого специалиста, вы сможете это сделать.

Хочу отметить, что непосредственно организация оказания медицинской помощи населению относится к ведению Минздравсоцразвития России и территориальных органов управления здравоохранением.

Палатина Татьяна Павловна (Москва): Мне нужен хороший кардиолог. Допустим, я найду врача, для Москвы, думаю, это не проблема. Как я могу к нему обратиться?

С.Г. Кравчук: Вам надо получить направление от вашего участкового терапевта. Это - общий порядок, запись ко всем узким специалистам, за исключением разве что стоматолога и гинеколога, идет только через врача-терапевта. Итак, получаете направление. Дальше - в территориальном фонде ОМС города Москвы (как и в любом другом территориальном фонде) имеется перечень медучреждений, которые работают по программе ОМС. Из этого перечня выбираете ту клинику, которую вы считаете лучшей для себя, и идете с направлением туда записываться на консультацию к нужному специалисту.

Российская газета: Как проще познакомиться с перечнем медучреждений, входящих в программу ОМС?

С.Г. Кравчук: У вас на руках должен быть полис обязательного медицинского страхования, в Москве это пластиковая карточка, в некоторых других регионах - бумажный документ. В полисе обязательно указан телефон

вашей страховой медицинской организации. Так что самый простой способ - задать все вопросы, позвонив по указанному номеру.

Кроме того, поликлиники также должны вывешивать в доступных местах - в фойе, рядом с регистратурой и т.д. - такие перечни медучреждений.

Российская газета: Если по результатам консультации узкого специалиста пациентке понадобится стационарное лечение - будет ли госпитализация бесплатной?

С.Г. Кравчук: Разумеется. У нас кардиология, в том числе и стационарное лечение, включена в систему ОМС. Поэтому если консультант-кардиолог сочтет, что вам необходима госпитализация, он выдаст направление и предложит варианты клиник. Принципиальная новация закона: если раньше в направлении обязательно уточнялось место госпитализации, то теперь врач лишь указывает профиль отделения, где пациент должен пройти лечение. Окончательный выбор учреждения - за вами.

Егорова Лариса Константиновна (Лазаревское, Краснодарский край): Ухаживаю за мамой, переехала для этого из Ростова. Мой полис ОМС просрочен уже два года. Здесь, хотя у меня есть регистрация, полис мне не переоформляют, отправляют в Ростов. Что делать?

С.Г. Кравчук: Полис, который сегодня есть на руках, в соответствии с законом остается действующим независимо от того, просрочен он или нет. Если медицинская помощь нужна лично вам, вы можете с этим полисом обратиться в любое медучреждение, лишь бы оно работало в системе ОМС.

Но также есть возможность получить полис нового образца, единый для всей страны. Для этого вам нужно обратиться в выбранную вами страховую медорганизацию, написать заявление о том, что вы определяете ее вашим страховщиком. Отказать вам она не в праве.

Л.К. Егорова: Такие заявления можно подавать после 1 мая?

С.Г. Кравчук: Заявление можно написать и сегодня. Право выбора страховой компании по закону возникло с 1 января 2011 года. А с 1 мая будет вводиться единый полис ОМС. Если вас устраивает та компания, которая обслуживает вас сейчас, и вы не хотите ее менять, с обменом полиса можно не торопиться. Даже если срок действия имеющегося у вас на руках полиса старого образца истек, он продляется по умолчанию, и вы можете им пользоваться до 2014 года. Менять страховую компанию можно один раз в год. За исключением случаев, если человек переезжает в другую местность, где его страховщик не работает, или если у страховой компании закончилась лицензия.

Л.К. Егорова: Что делать, если все-таки мне откажут?

С.Г. Кравчук: Обратиться в территориальный фонд ОМС Краснодарского края, филиал Краснодарского фонда по месту жительства или в Федеральный фонд ОМС. Тогда мы будем разбираться по вашему вопросу непосредственно со страховой компанией.

Л.К. Егорова: У нас еще одна проблема. Мама - лежащая больная. А наш участковый врач ее фактически бросила. Делала фальшивые записи в истории болезни, что будто бы приходила, навещала. Я, кстати, историю болезни забрала, она у меня на руках. Но ведь мать нуждается в наблюдении врача, как быть?

С.Г. Кравчук: Вам надо написать заявление на имя руководителя вашей поликлиники и выбрать участкового терапевта, к которому вы хотели бы прикрепиться для обслуживания своей мамы. Возникнут сложности - обращайтесь. Поручим территориальному фонду ОМС разбираться в вашей ситуации.

Российская газета: А кто будет контролировать, выполняют ли медучреждения обязанности по прикреплению? Ведь такие тяжелые пациенты, как мама нашей читательницы, как ни цинично звучит, никому не нужны?

С.Г. Кравчук: Изначально вся первичная медпомощь строится по принципу территориального размещения медучреждений. Поэтому любой, самый тяжелый пациент, априори уже прикреплен к поликлинике по месту жительства. Другое дело, если человек не получает там адекватной помощи, если его не устраивает это учреждение и он хочет перейти в другое. Это уже проблема. Хотя право выбора у него есть.

Кроме того, у него есть право прикрепиться к участковому врачу в своей поликлинике, но получить консультацию в любом другом медучреждении на территории своего города.

Анна Федоровна (Курганская область): Я живу в одном из районов области. Попасть на прием к узкому специалисту можно только в областном центре (за 200 километров), предварительно записавшись по телефону - за два-три месяца. К примеру, в феврале меня направили на консультацию в центр планирования семьи, но записали только на май. Если хотите раньше - платите. Это правильно?

С.Г. Кравчук: Я бы посоветовала позвонить в вашу страховую компанию и уточнить, какие сроки ожидания плановой медицинской помощи предусмотрены программой ОМС Курганской области. Если по правилам региона ожидание должно быть короче, значит, страховая компания должна организовать вам консультацию у специалиста в положенные сроки. Также вы можете обратиться в отдел защиты прав пациентов или отдел организации оказания медпомощи территориального фонда ОМС Курганской области.

Российская газета: Светлана Георгиевна, таких конфликтных историй много, работают ли «горячие телефоны» в территориальных фондах ОМС?



**Федеральный фонд
обязательного
медицинского страхования**

Новослободская ул. 37, Москва, ГСП-4,
127994, тел.: (499) 973-4455, факс: (499) 973-4930

14.04.2011 № 2126/30-22

На № _____ от _____

О рассмотрении обращения

Уважаемый Владислав Александрович!

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в связи с обращением гражданки Егоровой Л.К., проживающей в поселке Лазаревское Краснодарского края, о некачественном оказании медицинской помощи ее матери, поступившим по телефону «горячей линии» редакции «Российской газеты» во время беседы с начальником Управления организации ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования С.Г. Кравчук, и в дополнении к статье «Врачи выбирали?», размещенной в выпуске «Российской газеты» от 17 марта 2011 г. № 55 (5431), сообщает:

Егорова Л.К. 15 марта 2011 года воспользовалась правом выбора врача-терапевта участкового для своей матери Севериной Н.Ф. путем подачи заявления в МУЗ г. Сочи «Городская поликлиника № 1». Егоровой Л.К. 14 марта 2011 года на основании ее выбора страховой медицинской организации был выдан бессрочный полис обязательного медицинского страхования.

Автор обращения результатами рассмотрения удовлетворена.

Председатель _____

М.А. Бакланова
(499) 973-31-86

Главному редактору «Российской газеты»

В.А. Фроцину

ул. Правды, 24, стр. 4,
Москва, 125993

А.В. Юрин

Письмо ФОМС в редакцию «Российской газеты» о рассмотрении обращения гражданки Л.К. Егоровой

С.Г. Кравчук: Да, конечно, в каждом территориальном фонде, в каждой страховой медицинской организации есть «горячие линии».

Российская газета: Можно ли в течение одного года в пределах одной поликлиники поменять участкового терапевта?

С.Г. Кравчук: Только в исключительной ситуации. По закону человек прикрепляется к специалисту на год. Но если, например, врач категорически не устраивает, пациент может обратиться к руководителю медучреждения, к главному врачу, и решение будет принято по усмотрению администрации. В случае смены места жительства врач и поликлиника могут поменяться естественным образом - тут уже «годовое правило» не работает.

Марьяна Николаевна (Москва): Могу ли я по новому закону бесплатно лечиться в медицинском центре имени Семашко, который ближе других расположен к моему дому и куда мне, инвалиду, просто легче добираться?

С.Г. Кравчук: Если больница Семашко не включена в систему ОМС, вы сможете получать там только платную помощь. Я понимаю, это может быть дорого, но для бесплатного лечения есть бюджетные учреждения здравоохранения. Кроме того, закон разрешил получать

бесплатную помощь и в частных клиниках, которые подтвердили свое участие в системе ОМС и будут работать по тарифам, утвержденным территориальными программами ОМС.

Константин Сергеевич (Москва): Необходимо было сделать МРТ, но в поликлинике такого оборудования нет, дали направление в другое учреждение. А там взяли за обследование шесть тысяч рублей. Это законно?

С.Г. Кравчук: Пожалуйста, назовите вашу фамилию и номер поликлиники - мы постараемся разобраться в ситуации. Если медучреждение, куда вас послали, не работает в системе ОМС и не оказывает медицинскую помощь за счет поступлений из бюджета города Москвы или федерального бюджета, вас должны были об этом предупредить. А если вам пообещали, что исследование будет бесплатным, а на деле пришлось заплатить, конечно, это нарушение. Вам нужно было сразу выяснить, на каком основании с вас берут деньги? Мы бы порекомендовали вам также обратиться с жалобой в департамент здравоохранения Москвы, который отвечает за организацию медпомощи в городе.

Российская газета: А вообще такие дорогостоящие обследования, как компьютерная томография, магнитно-резонансная томография входят в программу ОМС?

С.Г. Кравчук: Конечно. Это всего лишь виды диагностики. И если у человека заболевание, при котором нужно такое исследование, значит, его должны провести бесплатно.

Российская газета: Вопрос от работников «скорой помощи». По новому закону она тоже должна войти в систему ОМС. Получается теперь, врач неотложки должен сперва выяснить, есть ли у человека полис, а уже потом лечить? А если полиса нет?

С.Г. Кравчук: В законе прямо написано: медицинская помощь застрахованным лицам оказывается бесплатно. А экстренная помощь бесплатна даже для незастрахованных. И если человек не может предъявлять полис, это не должно отразиться на качестве его лечения.

Кроме того, включение «скорой» в систему ОМС предполагается только с 2013 года. Но это не значит, что не имеющего полиса больного оставят умирать на улице. Предполагается такой механизм: человек, для которого вызвали «скорую», называет фамилию, имя, отчество, и уже медработник, страховая организация вместе с территориальным фондом ОМС должны найти его в базе застрахованных. С 1 января этого года мы начали формировать единый регистр застрахованных лиц. Каждый территориальный регистр является компонентом центрального федерального регистра. Человека можно будет найти в нем по ФИО и передать информацию через территориальный фонд в «скорую» для предоставления счета.

Человек должен понимать, что полис - это его гарантия получения бесплатной медицинской помощи. Но если в силу обстоятельств он не может его предъявить, это не должно стать препятствием для лечения.

Российская газета: Будет ли информация о качестве работы конкретного врача и медучреждения доступна пациентам?

С.Г. Кравчук: Мы будем вести мониторинг медучреждений и его результаты вывешивать на сайте, чтобы и люди, и страховщики могли с ними знакомиться. Что касается врачей - это не наша функция, они не являются стороной договора в системе ОМС. А вот если сама медицинская организация или региональный департамент здравоохранения захотят составлять такие «рейтинги» - у них есть такое право.

КАК ПОЛУЧИТЬ КОНСУЛЬТАЦИЮ СПЕЦИАЛИСТА

1. Взять направление у участкового врача-терапевта о необходимости консультации у узкого специалиста.
2. Выбрать медицинское учреждение, включенное в систему ОМС, где оказываются услуги по нужному профилю.
3. Позвонить для записи на прием или прийти лично. Помимо направления нужно иметь полис ОМС.
4. Если в медучреждении отказывают в записи к врачу, нужно обратиться к руководителю медицинской организации, в свою страховую компанию, телефон которой указан в полисе. Либо в территориальный фонд ОМС или ФОМС.
5. Информацию о медучреждениях, работающих в системе ОМС, можно получить в страховой компании, она также должна быть размещена в местах открытого доступа в медицинских учреждениях и страховых организациях.

ГДЕ ПОЗНАКОМИТЬСЯ С ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММОЙ ОМС

Территориальная программа ОМС со всеми приложениями обязательно публикуется в средствах массовой информации в субъекте России.

Эта информация должна быть в открытом доступе в медицинской организации, территориальном фонде ОМС и в страховых медицинских организациях.

Конкретную консультацию специалист страховой медицинской организации обязан дать по телефону, указанному на обороте полиса.

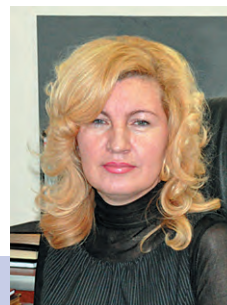
Опубликовано в «Российской газете – Неделя» № 56 от 17 марта 2011 г.

УДК 614.2

Развитие информационных технологий в системе ОМС на территории Краснодарского края

Н.Н. Стадченко, Л.Н. Шмыгленко

Краснодарский территориальный фонд обязательного медицинского страхования



Н.Н. Стадченко



Л.Н. Шмыгленко

Резюме

Благодаря информационным технологиям за последние полвека человечество ушло далеко вперед. Важность медицинских компьютерных систем стремительно возрастает.

Наличие в организации компьютеров и программ - это еще далеко не информатизация процесса. Главное - правильно построить работу с информацией, создать единое информационное пространство и назначить правила обмена информацией между всеми заинтересованными участниками.

О развитии информационных технологий в здравоохранении и в системе обязательного медицинского

страхования Краснодарского края нам рассказали исполнительный директор Краснодарского территориального фонда обязательного медицинского страхования Наталья Николаевна Стадченко и начальник управления информационных технологий фонда Людмила Никитична Шмыгленко.

Ключевые слова: персонифицированный учет, Регистр застрахованных граждан, защищенный канал связи, реестры счетов, медико-экономический контроль, медико-экономическая экспертиза, экспертиза качества медицинской помощи, «Центры здоровья».

Abstract

Development of informative technologies in the system of Obligatory Medical Insurance (OMI) in the Krasnodar Territory

Executive Director – Natalya N. Stadchenko,

Head of the Informative Technologies Department – Ludmila N. Shmyglenko

The Krasnodar Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance

Owing to informative technologies for recent half a century the mankind has gone far forward in progress. The importance of medical computer systems increases swiftly.

The presence of computer and software programs in an organization is still far from the information of process. The main thing is to arrange correctly the work with information, to create a united informative space and to set rules for an information exchange between all interested participants.

Executive Director of the Krasnodar Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance – Natalya N.

Stadchenko and Head of the Informative Technologies Department – Ludmila N. Shmyglenko have told us about the informative technologies development in the public health and in the system of obligatory medical insurance in the Krasnodar Territory.

Key words: personalized records, the Register of Insured Citizens, protected channel of communication, registers of accounts, medical economic control, medical economic examination, examination of medical care quality, «Health Centers».

Для корреспонденции:

Почтовый адрес: 350000, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Красная, 178, Краснодарский территориальный фонд обязательного медицинского страхования

Исполнительный директор – Стадченко Наталья Николаевна,

тел.: 8(861) 215-24-62, e-mail: ktfoms@mail.kuban.ru

Начальник управления информационных технологий – Шмыгленко Людмила Никитична,

тел.: 8(861) 215-24-63, e-mail: ktfoms@mail.kuban.ru

Все медицинские организации Краснодарского края ведут персонифицированный учет оказанной медицинской помощи в электронном виде. При обращении пациента в регистратуру выполняется проверка по Регистру застрахованных граждан на территории Краснодарского края. Это уникальная база данных, так как организован ежедневный обмен информацией по защищенным каналам связи между страховыми медицинскими организациями, Фондом ОМС и лечебными учреждениями края (рис. 1). Такая организация работы позволяет избежать одновременной выдачи медицинского полиса гражданам в разных страховых компаниях.



Рис. 1. Структура информационного взаимодействия

Каждое медицинское учреждение согласно Положению «О порядке информационного обмена в системе ОМС», утвержденное департаментом здравоохранения Краснодарского края, Фондом обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями, формирует реестры счетов за пролеченных пациентов для СМО. В этом Положении прописан формат и структура файлов обмена между лечебными учреждениями и всеми участниками системы ОМС, определена структура предоставления файлов реестров счетов в страховые организации, структура счета.

Специалистами Краснодарского территориального фонда обязательного медицинского страхования разработан программный комплекс для страховых медицинских организаций по обработке реестров счетов,

проведения медико-экономического контроля. Фондом, совместно со страховыми организациями, разработан справочник причин возвратов счетов, который постоянно дополняется. В автоматизированном режиме после проведения медико-экономического контроля формируются отчетные формы либо протоколы возвратов счетов для медицинских организаций.

Ежемесячно все страховые медицинские организации передают в Фонд информацию о результатах приема счетов в электронном виде по утвержденной форме. Фонд формирует единую базу данных по учету медицинской помощи в системе ОМС. Это позволяет анализиро-

вать объемы и качество оказанной медицинской помощи.

В целях совершенствования экспертизы качества медицинской помощи на территории Краснодарского края разработан программный комплекс «Экспертиза качества медицинской помощи», который был внедрен в страховых медицинских организациях, в исполнительной дирекции и филиалах Краснодарского территориального фонда обязательного медицинского страхования (рис. 2). Программа позволяет формировать заявки на проверку представленных счетов по лечебным учреждениям: на медико-экономическую экспертизу и экспертизу качества медицинской помощи. Формируются

акты экспертиз с аналитикой в разрезе финансовых санкций и удержанных средств, формируется аналитическая информация в разрезе муниципальных образований, медицинских организаций по реестрам актов МЭЭ и ЭКМП.

Программный комплекс позволяет проводить экспертизу качества медицинской помощи, как в головном офисе страховых медицинских организаций со всем массивом счетов, так и с выездом в медицинские учреждения с локальной копией счетов, подлежащих экспертизе.

Функционал комплекса позволяет врачам-экспертам выбирать необходимые счета за пролеченных больных. Существует ряд заложенных критериев отбора необходимой информации: летальные исходы, дублирование счетов, превышение нормативной длительности и т.п.,

так же есть возможность выбрать любой счет и включить его в заявку. По результатам экспертизы врачи-эксперты в программном комплексе накладывают штрафные санкции на необходимые счета и оформляют акты экспертиз.

Хотелось бы обратить внимание, что проведена работа над интеграцией оборудования, используемого в «Центрах здоровья», с работающим программным комплексом. Результаты исследований с аппаратов, таких как спирограф, кардиовизор, комплекс антропометрических исследований, за-носятся автоматически в базу данных. Интеграция программного обеспечения с медицинским оборудованием исключает процесс ввода результатов исследований.

Формирование реестров счетов за обследованных пациентов происходит в автоматическом режиме. Учитывая опыт формирования счетов по диспансеризации, форма счета по «Центрам здоровья» представляет собой такой же вид.

Одно посещение «Центра здоровья» предполагает проведение комплексного обследования, включающего: измерение роста и веса, тестирование на аппаратно-программном комплексе для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, экспресс-анализ для определения общего холестерина и глюкозы в крови и др.

Поэтому счет представляет собой два файла: Первый файл - паспортные данные пациента (фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол, адрес места жительства и т.д.). Второй файл – все медицинские услуги, которые выполнены пациенту, с обязательным указанием даты выполнения и др.

Такая форма счета позволяет автоматизировать контроль со стороны страховых медицинских организаций и Фонда обязательного медицинского страхования.

Сегодня невозможно предоставить определенные категории услуг, не поддерживая их в значительной степени информационными технологиями. Скорость изменения в компьютеризации в целом стремительно растет. Эти процессы требуют поддержки, ресурсов как в лечебных учреждениях, так и во всей системе ОМС. Сегодня именно информационные технологии как крупный сегмент, требующий значительных вложений, рассматривается в Программе модернизации системы здравоохранения.

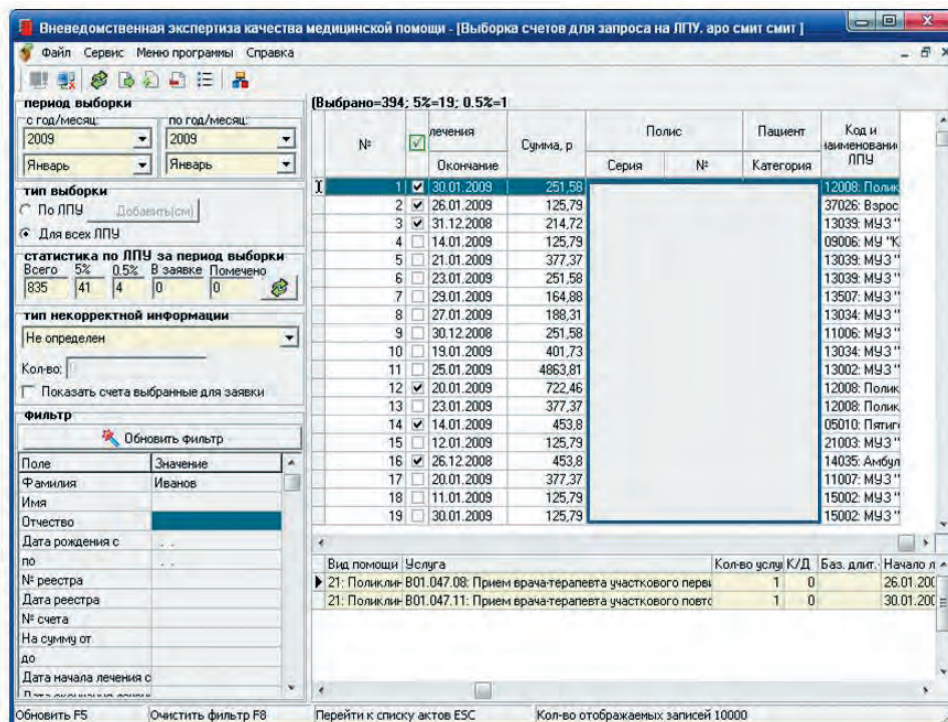


Рис. 2. Программный комплекс для экспертизы медицинской помощи

В результате централизованной автоматизации и утвержденных форматов обмена информацией, данные акты выгружаются и передаются в КТФОМС для последующего анализа и проведения реэкспертизы.

Вся информация, которая используется в программах по обработке и экспертизе счетов, используется для автоматического формирования формы ПГ Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

С декабря 2009 года на территории Краснодарского края работают «Центры здоровья», в которых установлено программное обеспечение, разработанное Краснодарским медицинским информационно-вычислительным центром. 25 ноября 2009 года состоялась презентация программного комплекса, проведен обучающий семинар, переданы инсталляционные диски и инструкции.

Важным аспектом контроля обследования в «Центрах здоровья» является автоматизированная проверка на повторное комплексное обследование. Ведется Регистр «Центров здоровья». Это позволяет исключить дублирование обследования пациента в различных «Центрах здоровья» на территории Краснодарского края.



НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ



ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 15 февраля 2011 г. № 74

МОСКВА

О ПРАВИЛАХ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В целях обеспечения реализации Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и в соответствии со статьей 5 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан Правительство Российской Федерации постановляет:

Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации утвердить правила обязательного медицинского страхования.

Председатель Правительства
Российской Федерации
В. ПУТИН



ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 15 февраля 2011 г. № 85

МОСКВА

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В 2011-2012 ГОДАХ
РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ИЗ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

В соответствии с частью 7 статьи 50 Федерального закона “Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации” Правительство Российской Федерации постановляет:

1. Утвердить прилагаемые Правила финансового обеспечения в 2011-2012 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

2. Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования давать разъяснения по применению Правил, утвержденных настоящим Постановлением.

Председатель Правительства
Российской Федерации
В. ПУТИН

Утверждены
Постановлением Правительства
Российской Федерации
от 15 февраля 2011 г. № 85

**ПРАВИЛА
ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В 2011-2012 ГОДАХ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ
МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ,
ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ИЗ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

1. Настоящие Правила устанавливают порядок предоставления и расходования в 2011 и 2012 годах субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - Фонд) на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации.

2. Субсидии предоставляются из бюджета Фонда бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования (далее - территориальный фонд) на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, связанных с реализацией региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации (далее - субсидии).

3. Субсидии предоставляются в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных в бюджете Фонда на 2011 и 2012 годы, и в соответствии с соглашениями, заключенными Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Фондом и высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации (далее - соглашение), на следующих условиях:

а) наличие утвержденной высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации региональной программы модернизации здравоохранения субъекта Российской Федерации с обоснованием стоимости мероприятий, предусмотренных указанной программой;

б) наличие предусмотренных в бюджете субъекта Российской Федерации на 2011 и 2012 годы бюджетных ассигнований на финансовое обеспечение:

региональной программы модернизации здравоохранения субъекта Российской Федерации;

здравоохранения в объеме не менее фактических расходов на здравоохранение в 2010 году (за исключением расходов, осуществляемых за счет межбюджетных трансфертов, предоставляемых из федерального бюджета);

в) наличие сведений о размере субсидии по направлениям расходования и графика ее перечисления;

г) наличие сведений о размере иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых бюджету субъекта Российской Федерации, и графика их перечисления;

д) обязательства уполномоченного органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации соблюдать порядок и сроки представления отчетности о реализации региональной программы модернизации здравоохранения субъекта Российской Федерации с учетом требований, предусмотренных пунктом 16 настоящих Правил;

е) обязательства территориального фонда соблюдать порядок и сроки представления отчетности об использовании субсидии с учетом требований, предусмотренных пунктом 17 настоящих Правил.

4. Распределение субсидий по субъектам Российской Федерации утверждается Правительством Российской Федерации.

5. Перечисление субсидий на цели, предусмотренные частью 3 статьи 50 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в сроки и объемах, которые установлены соглашениями, осуществляется из бюджета Фонда на счета, открытые территориальным органам Федерального казначейства для учета поступлений и их распределения между бюджетами бюджетной системы Российской Федерации, для последующего перечисления в установленном порядке в бюджеты территориальных фондов.

6. На основании соглашения Фонд оформляет и направляет территориальному фонду уведомление по расчетам между бюджетами по межбюджетным трансфертам на сумму утвержденной Правительством Российской Федерации субсидии. После получения уведомления территориальный фонд вносит соответствующие изменения в бюджетную роспись бюджета территориального фонда.

7. Субсидия является источником финансового обеспечения следующих расходов бюджета территориального фонда:

а) предоставление иных межбюджетных трансфертов бюджетам субъектов Российской Федерации на цели, предусмотренные пунктом 1 (в том числе приобретение санитарного транспорта) и пунктом 2 части 3 статьи 50 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

б) оплата работ и услуг в соответствии с договорами о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключаемыми территориальным фондом и страховыми медицинскими организациями (при отсутствии на территории субъекта Российской Федерации таких организаций - в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключаемыми территориальным фондом и медицинскими организациями), в части внедрения стандартов медицинской помощи, повышения доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами (далее - внедрение стандартов и повышение доступности амбулаторной медицинской помощи).

8. Иные межбюджетные трансферты не позднее 3 рабочих дней после получения субсидий из бюджета Фонда перечисляются из бюджетов территориальных фондов на счета, открытые территориальным органам Федерального казначейства для учета поступлений и их распределения между бюджетами бюджетной системы Российской Федерации, для последующего перечисления в установленном порядке в бюджеты субъектов Российской Федерации.

9. Операции по расходам бюджетов субъектов Российской Федерации, источником финансового обеспечения которых являются иные межбюджетные трансферты, учитываются на лицевых счетах, открытых получателям средств бюджетов субъектов Российской Федерации в финансовых органах субъектов Российской Федерации или территориальных органах Федерального казначейства в случае заключения соглашений территориальными органами Федерального казначейства и высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

При передаче иных межбюджетных трансфертов из бюджетов субъектов Российской Федерации в местные бюджеты операции по расходам местных бюджетов, источником финансового обеспечения которых являются иные межбюджетные трансферты, учитываются на лицевых счетах, открытых получателям средств местных бюджетов в финансовых органах муниципальных образований или территориальных органах Федерального казначейства в случае заключения соглашений органами Федерального казначейства и местными администрациями.

10. Средства на внедрение стандартов и повышение доступности амбулаторной медицинской помощи предоставляются страховым медицинским организациям (при их отсутствии на территории субъекта Российской Федерации - непосредственно медицинским организациям) при наличии заключенных страховыми медицинскими организациями (при их отсутствии - территориальным фондом) и медицинскими организациями договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в которых предусматриваются:

а) мероприятия, осуществляемые медицинской организацией за счет средств, полученных на внедрение стандартов и повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе:

предоставление стационарной и амбулаторной медицинской помощи с учетом внедрения стандартов ее оказания, включая обеспечение лекарственными препаратами и расходными материалами, необходимыми для проведения диагностических и лечебных мероприятий при оказании стационарной и амбулаторной медицинской помощи;

обеспечение укомплектованности медицинских организаций врачами-специалистами и специалистами со средним медицинским образованием, оказывающими амбулаторную медицинскую помощь;

введение ориентированной на результаты деятельности системы оплаты труда врачей-специалистов и специалистов со средним медицинским образованием, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь;

б) условия использования средств, полученных на повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе:

направление не менее 70 процентов указанных средств на оплату труда врачей-специалистов и специалистов со средним медицинским образованием, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь;

направление не более 30 процентов указанных средств на обеспечение лекарственными препаратами и расходными материалами, необходимыми для проведения диагностических и лечебных мероприятий при оказании амбулаторной медицинской помощи.

11. Для получения средств на внедрение стандартов и повышение доступности амбулаторной медицинской помощи страховые медицинские организации ежемесячно формируют заявки в территориальные фонды в порядке и по форме, которые устанавливаются Фондом.

12. Территориальные фонды не позднее 3 рабочих дней после получения указанных в пункте 11 настоящих Правил заявок в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования перечисляют соответствующие средства страховым медицинским организациям. Территориальные фонды вправе предоставлять указанные средства в порядке авансирования. Средства, предоставляемые в виде авансовых платежей, засчитываются при последующем предоставлении средств в соответствии с реестрами счетов и счетами медицинской организации на оплату медицинской помощи.

13. Страховая медицинская организация (при ее отсутствии - территориальный фонд) перечисляет средства на внедрение стандартов и повышение доступности амбулаторной медицинской помощи в срок не позднее 2 рабочих дней со дня их получения:

а) на счет медицинской организации, являющейся автономным учреждением, открытый в кредитной организации,

или на лицевой счет этой организации, открытый в территориальном органе Федерального казначейства или финансовом органе субъекта Российской Федерации либо муниципального образования;

б) на лицевой счет медицинской организации, являющейся бюджетным учреждением, открытый в территориальном органе Федерального казначейства или финансовом органе субъекта Российской Федерации либо муниципального образования;

в) на счет, открытый территориальному органу Федерального казначейства для учета поступлений и их распределения между бюджетами бюджетной системы Российской Федерации, для последующего перечисления в установленном порядке на счет по учету средств федерального бюджета, бюджета субъекта Российской Федерации, бюджета муниципального образования и доведения до медицинской организации, являющейся казенным учреждением, лимитов бюджетных обязательств в размере поступивших в соответствующий бюджет указанных средств. Средства, перечисляемые до 1 января 2012 г. медицинской организации, являющейся казенным учреждением, подлежат отражению на лицевом счете получателя бюджетных средств, открытом в территориальном органе Федерального казначейства (в соответствующем разделе для учета операций по приносящей доход деятельности), либо на лицевом счете, открытом этой организации в финансовом органе субъекта Российской Федерации либо муниципального образования, в порядке, предусмотренном для учета операций со средствами от приносящей доход деятельности.

14. Страховые медицинские организации (при их отсутствии - территориальные фонды) и медицинские организации отражают обособленно в бухгалтерском учете поступление и расходование средств в рамках региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и ежемесячно представляют соответственно в территориальные фонды и страховые медицинские организации отчеты о поступлении и расходовании средств в порядке и по форме, которые устанавливаются Фондом.

15. Операции по перечислению (поступлению) средств из бюджета Фонда в бюджеты территориальных фондов, из бюджетов территориальных фондов в бюджеты субъектов Российской Федерации и страховым медицинским организациям, из бюджетов субъектов Российской Федерации в бюджеты муниципальных образований учитываются по кодам бюджетной классификации Российской Федерации в порядке, установленном Министерством финансов Российской Федерации.

16. Уполномоченный орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации ежемесячно, до 15-го числа (включительно), представляет в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Фонд и территориальный фонд отчет о ходе реализации мероприятий региональной программы модернизации здравоохранения субъекта Российской Федерации в порядке и по форме, которые устанавливаются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

17. Уполномоченный орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации представляет ежемесячно, до 10-го числа (включительно), в территориальный фонд отчет об использовании субсидии. Территориальный фонд представляет ежемесячно, до 15-го числа (включительно), в Фонд отчет об использовании субсидии.

Порядок представления и форма указанных отчетов устанавливаются Фондом.

18. Фонд по согласованию с Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации вправе приостанавливать предоставление субсидии при несоблюдении субъектом Российской Федерации условий соглашения и сроков реализации мероприятий, установленных региональной программой модернизации здравоохранения субъекта Российской Федерации, вплоть до устранения оснований для такого приостановления.

В случае если указанные нарушения не устранены в течение более 2 месяцев, Фонд по согласованию с Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации вправе уменьшить установленный размер субсидии на разницу между установленным размером и размером субсидии, предоставленной Фондом на день принятия решения о приостановлении предоставления субсидии, с возможностью использования высвобождающихся средств на цели, предусмотренные пунктом 19 настоящих Правил.

19. В целях стимулирования субъектов Российской Федерации, обеспечивших лучшие показатели реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, размер субсидий, предоставляемых указанным субъектам Российской Федерации, увеличивается по итогам 2011 года и первой половины 2012 года в соответствии с критериями, определяемыми Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Дополнительные бюджетные ассигнования направляются на цели реализации программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации по решению органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации с внесением соответствующих изменений в соглашение.



ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 4 марта 2011 г. № 144

МОСКВА

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В 2011-2012 ГОДАХ ПРОГРАММ МОДЕРНИЗАЦИИ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ, ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ИЗ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В соответствии с частью 1 статьи 5 Федерального закона “О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2011 год и на плановый период 2012 и 2013 годов” Правительство Российской Федерации постановляет:

1. Утвердить прилагаемые Правила финансового обеспечения в 2011-2012 годах программ модернизации федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования.
2. Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования давать разъяснения по применению Правил, утвержденных настоящим Постановлением.

Председатель Правительства
Российской Федерации
В. ПУТИН

Утверждены
Постановлением Правительства
Российской Федерации
от 4 марта 2011 г. № 144

ПРАВИЛА ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В 2011-2012 ГОДАХ ПРОГРАММ МОДЕРНИЗАЦИИ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ, ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ИЗ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1. Настоящие Правила определяют порядок предоставления и расходования в 2011 и 2012 годах бюджетных ассигнований из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - Фонд) на реализацию программ модернизации федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь (далее - учреждения).

2. Бюджетные ассигнования на реализацию программ модернизации учреждений предусматриваются в целях финансирования следующих мероприятий:

укрепление материально-технической базы учреждений, в том числе обеспечение завершения строительства ранее начатых объектов, проведение текущего и капитального ремонта этих учреждений, приобретение медицинского оборудования;

внедрение современных информационных систем в здравоохранение в целях перехода на полисы обязательного медицинского страхования единого образца, в том числе обеспеченных федеральным электронным приложением универсальной электронной карты, внедрение телемедицинских систем, систем электронного документооборота и ведение медицинских карт пациентов в электронном виде.

3. Предоставление средств на финансирование указанных в пункте 2 настоящих Правил мероприятий осуществляется путем направления из бюджета Фонда в федеральный бюджет межбюджетных трансфертов в целях увеличения бюджетных ассигнований, предусмотренных Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федеральному медико-биологическому агентству, для предоставления бюджетных ассигнований подведомственным учреждениям на финансовое обеспечение программ их модернизации.

4. Межбюджетные трансферты предоставляются Фондом в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном законе о бюджете Фонда на соответствующий финансовый год и плановый период на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и программ модернизации учреждений, с внесением в установленном порядке соответствующих изменений в бюджетную роспись бюджета Фонда.

5. Фонд направляет в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федеральное медико-биологическое агентство уведомления по расчетам между бюджетами по межбюджетным трансфертам на сумму планируемых к предоставлению межбюджетных трансфертов, после чего в сводную бюджетную роспись федерального бюджета вносятся соответствующие изменения.

6. Перечисление межбюджетных трансфертов осуществляется в установленном порядке в течение 5 рабочих дней со дня утверждения Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации программ модернизации учреждений на счет, открытый Управлению Федерального казначейства по г. Москве для учета поступлений и их распределения между бюджетами бюджетной системы Российской Федерации, для последующего перечисления в федеральный бюджет.

7. Перечень участвующих в программах модернизации учреждений и объемы бюджетных ассигнований, выделяемых на реализацию программ их модернизации, утверждаются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

8. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федеральное медико-биологическое агентство:

перечисляют соответствующие субсидии учреждениям, в отношении которых принято предусмотренное частью 15 статьи 33 Федерального закона "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений" решение о предоставлении им на основании пункта 1 статьи 78.1 Бюджетного кодекса Российской Федерации субсидий из федерального бюджета на цели, указанные в пункте 2 настоящих Правил, на счета территориальных органов Федерального каз-

начейства, открытые им в учреждениях Центрального банка Российской Федерации для учета операций со средствами федеральных бюджетных учреждений, с отражением указанных операций на лицевых счетах учреждений;

доводят до подведомственных учреждений, являющихся получателями средств федерального бюджета, лимиты бюджетных обязательств на цели, указанные в пункте 2 настоящих Правил.

9. Отчеты об использовании средств на цели, указанные в пункте 2 настоящих Правил, ежемесячно представляются:

учреждениями - в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федеральное медико-биологическое агентство (по подведомственности);

Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федеральным медико-биологическим агентством - в Фонд.

Порядок представления и форма указанных отчетов устанавливаются Фондом.

10. Отчеты о ходе реализации мероприятий программ модернизации учреждений представляются учреждениями ежемесячно в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации и в Фонд в порядке и по форме, которые устанавливаются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П Р И К А З

от 24 декабря 2010 г. № 1184н

МОСКВА

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМЫ ТИПОВОГО ДОГОВОРА НА ОКАЗАНИЕ И ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

В соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 № 326-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422) приказываю:

Утвердить прилагаемую форму типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Министр
Т.А. ГОЛИКОВА

В полном объёме Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 декабря 2010 г. № 1184н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» размещен на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования www.ffoms.ru в разделе «Система обязательного медицинского страхования в России», подраздел «Нормативно-справочная информация в системе ОМС», в подразделе «Приказы Минздравсоцразвития России и других министерств и ведомств».



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П Р И К А З

от 24 декабря 2010 г. № 1185н

МОСКВА

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМЫ ТИПОВОГО ДОГОВОРА О ФИНАНСОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА 2011 ГОД

В соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422) приказываю:

Утвердить прилагаемую форму типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования на 2011 год.

Министр
Т.А. ГОЛИКОВА

В полном объеме Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 декабря 2010 г. № 1185н «Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования на 2011 год» размещен на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования www.ffoms.ru в разделе «Система обязательного медицинского страхования в России», подраздел «Нормативно-справочная информация в системе ОМС», в подразделе «Приказы Минздравсоцразвития России и других министерств и ведомств».



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П Р И К А З

от 21 января 2011 г. № 15н

МОСКВА

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ТИПОВОГО ПОЛОЖЕНИЯ О ТЕРРИТОРИАЛЬНОМ ФОНДЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422) приказываю:

Утвердить Типовое положение о территориальном фонде обязательного медицинского страхования согласно приложению.

Министр
Т.А. ГОЛИКОВА

В полном объёме Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 21 января 2011 г. № 15н «Об утверждении Типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования» размещен на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования www.ffoms.ru в разделе «Система обязательного медицинского страхования», подраздел «Нормативно-справочная информация в системе ОМС», в подразделе «Приказы Минздравсоцразвития России и других министерств и ведомств».



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П Р И К А З

от 25 января 2011 г. № 29н

МОСКВА

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ВЕДЕНИЯ ПЕРСНИФИЦИРОВАННОГО УЧЕТА В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В соответствии со статьей 43 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422) приказываю:

Утвердить прилагаемый Порядок ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования.

Министр
Т. ГОЛИКОВА

В полном объеме Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 января 2011 г. № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования» размещен на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования www.ffoms.ru в разделе «Система ОМС в России», подраздел «Нормативно-справочная информация в системе ОМС», в подразделе «Приказы Минздравсоцразвития России и других министерств и ведомств».



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П Р И К А З

от 17 февраля 2011 г. № 141н

МОСКВА

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ЗАКЛЮЧЕНИЯ СОГЛАШЕНИЙ ВЫСШИХ ИСПОЛНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ С МИНИСТЕРСТВОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ФЕДЕРАЛЬНЫМ ФОНДОМ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ О ФИНАНСОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА 2011-2012 ГОДЫ

В соответствии со статьей 50 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422) приказываю:

Утвердить Порядок заключения соглашений высших исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации с Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования о финансовом обеспечении региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации на 2011-2012 годы согласно приложению.

Министр
Т. ГОЛИКОВА

В полном объеме Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 февраля 2011 г. № 141н «Об утверждении Порядка заключения соглашений высших исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации с Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования о финансовом обеспечении региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации на 2011-2012 годы» размещен на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования www.ffoms.ru в разделе «Система ОМС в России», подраздел «Нормативно-справочная информация в системе ОМС», в подразделе «Приказы Минздравсоцразвития России и других министерств и ведомств».



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П Р И К А З

от 21 февраля 2011 г. № 145н

МОСКВА

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ С ВЫСШИМ И СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ, УЧАСТВУЮЩИХ В РЕАЛИЗАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПОВЫШЕНИЮ ДОСТУПНОСТИ АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 7 февраля 2011 г. № 60 «О порядке реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, проводимых в рамках региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации» («Российская газета» от 11 февраля 2011 г. № 29) приказываю:

1. Утвердить показатели оценки деятельности специалистов с высшим и средним медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, согласно приложению.

2. Установить, что основными учетными медицинскими документами при оценке деятельности специалистов с высшим и средним медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, являются:

а) учетная форма № 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного», учетная форма № 030/у-04 «Контрольная карта диспансерного наблюдения», учетная форма № 025-12/у «Талон амбулаторного пациента», утвержденные Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. № 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 декабря 2004 г. № 6188);

б) учетная форма № 030-Д/у «Карта диспансеризации ребенка», утвержденная Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 декабря 2004 г. № 310 «Об утверждении карты диспансеризации ребенка» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 мая 2005 г. № 6601).

3. Рекомендовать органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения определить:

а) минимальные значения показателей оценки деятельности специалистов с высшим и средним медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, с учетом численности, плотности и возрастно-полового состава населения, уровня и структуры заболеваемости и смертности, географических и иных особенностей;

б) дополнительные показатели оценки деятельности специалистов с высшим и средним медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи.

Министр
Т.А. ГОЛИКОВА

В полном объеме Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 21 февраля 2011 г. №145н «Об утверждении показателей оценки деятельности специалистов с высшим и средним медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи» размещен на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования www.ffoms.ru в разделе «Система обязательного медицинского страхования», подраздел «Нормативно-справочная информация в системе ОМС», в подразделе «Приказы Минздравсоцразвития России и других министерств и ведомств».



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П Р И К А З

от 28 февраля 2011 г. № 158н

МОСКВА

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 15 февраля 2011 г. № 74 «О правилах обязательного медицинского страхования» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 8, ст. 1119) приказываю:

Утвердить Правила обязательного медицинского страхования согласно приложению.

Министр
Т.А. ГОЛИКОВА

В полном объёме Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н «О Правилах обязательного медицинского страхования» размещен на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования www.ffoms.ru в разделе «Система обязательного медицинского страхования», подраздел «Нормативно-справочная информация в системе ОМС», в подразделе «Приказы Минздравсоцразвития России и других министерств и ведомств».



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П Р И К А З

от 11 марта 2011 г. № 193н

МОСКВА

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРИКАЗ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 17 ФЕВРАЛЯ 2011 ГОДА № 141н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ЗАКЛЮЧЕНИЯ СОГЛАШЕНИЙ ВЫСШИХ ИСПОЛНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ С МИНИСТЕРСТВОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ФЕДЕРАЛЬНЫМ ФОНДОМ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ О ФИНАНСОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА 2011-2012 ГОДЫ»

В соответствии со статьей 50 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422) приказываю:

Внести изменения в Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 февраля 2011 года № 141н «Об утверждении Порядка заключения соглашений высших исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации с Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования о финансовом обеспечении региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации на 2011-2012 годы» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 марта 2011 года, регистрационный № 20001) согласно приложению.

Министр
Т. ГОЛИКОВА

В полном объеме Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11 марта 2011 г. № 193н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 февраля 2011 года № 141н «Об утверждении Порядка заключения соглашений высших исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации с Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования о финансовом обеспечении региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации на 2011-2012 годы» размещен на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования www.ffoms.ru в разделе «Система ОМС в России», подраздел «Нормативно-справочная информация в системе ОМС», в подразделе «Приказы Минздравсоцразвития России и других министерств и ведомств».



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

П Р И К А З

от 11 января 2011 г. № 2

МОСКВА

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМЫ ЗАЯВКИ КРЕДИТНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА БАНКОВСКОГО ДЕПОЗИТА

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 года № 1225 «О размещении временно свободных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 2, ст. 388) приказываю:

Утвердить форму заявки кредитной организации на заключение договоров банковского депозита.

Председатель
А.В. ЮРИН

В полном объеме Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 11 января 2011 г. № 2 «Об утверждении формы заявки кредитной организации на заключение договора банковского депозита» размещен на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования www.ffoms.ru в разделе «Система обязательного медицинского страхования», подраздел «Нормативно-справочная информация в системе ОМС», в подразделе «Приказы ФОМС».



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

П Р И К А З

от 18 января 2011 г. № 10

МОСКВА

О РЕАЛИЗАЦИИ ПОСТАНОВЛЕНИЯ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 31 ДЕКАБРЯ 2010 Г. № 1234

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 31.12.2010 № 1234 «О порядке предоставления субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (далее - Постановление) («Российская газета», № 5, 14.01.2011) приказываю:

1. Утвердить:

1.1. порядок представления территориальными фондами обязательного медицинского страхования заявки на предоставление субсидий на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (приложение 1);

1.2. форму заявки территориального фонда обязательного медицинского страхования на предоставление субсидий на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (далее - Заявка) (приложение 2);

1.3. порядок ведения и представления реестров счетов на оплату расходов по проведенной диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (приложение 3);

1.4. форму реестра счетов за отчетный период на оплату расходов по проведенной диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (приложение 4).

2. Директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования обеспечить представление Заявки в установленные сроки.

3. Финансово-экономическому управлению Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - ФОМС):

- ежемесячно в срок до 25-го числа представлять Комиссии по финансированию отдельных мероприятий, предусмотренных бюджетом Федерального фонда обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год и на плановый период (далее - Комиссия), свод Заявок территориальных фондов обязательного медицинского страхования (далее - территориальные фонды) для принятия решения о выделении субсидий территориальным фондам на про-

ведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

- осуществлять в I квартале текущего финансового года завершение расчетов с территориальными фондами по проведенной диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в предыдущем году.

4. Управлению бухгалтерского учета и отчетности ФОМС ежемесячно в срок до 25-го числа осуществлять перечисление территориальным фондам субсидий на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, на основании протокола заседания Комиссии.

5. Управлению модернизации системы обязательного медицинского страхования ФОМС оказывать организационно-методическую помощь территориальным фондам в организации заключения договоров в соответствии с типовой формой, утвержденной Постановлением.

6. Признать утратившими силу: Приказ ФОМС от 16.04.2009 № 76 «О реализации Постановления Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2007 года № 945» (зарегистрирован Министерством юстиции 13.04.2009, регистрационный № 13923; «Российская газета», № 4912, 19.05.2009), Приказ ФОМС от 29.05.2009 № 119 «О внесении изменений в Приказ ФОМС от 16 апреля 2008 года № 76» (зарегистрирован Министерством юстиции 06.04.2009, регистрационный № 14200; «Российская газета», № 127, 14.07.2009), Приказ ФОМС от 04.02.2010 № 19 «О внесении изменений в Приказ ФОМС от 16 апреля 2009 года № 76» (зарегистрирован Министерством юстиции 26.02.2010, регистрационный № 16511; «Российская газета», № 42, 02.03.2010).

7. Контроль за исполнением настоящего Приказа возложить на исполняющего обязанности начальника Финансово-экономического Управления ФОМС М.Н. Зайнутдинову.

Председатель
А.В. ЮРИН

В полном объеме Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18 января 2011 г. № 10 «О реализации постановления Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 г. № 1234» размещен на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования www.ffoms.ru в разделе «Система обязательного медицинского страхования», подраздел «Нормативно-справочная информация в системе ОМС», в подразделе «Приказы ФОМС».



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

П Р И К А З

от 19 января 2011 г. № 11

МОСКВА

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРИКАЗ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ОТ 14 МАРТА 2008 Г. № 57 «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМ И ПОРЯДКА ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОТЧЕТОВ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СУБСИДИЙ НА ПРОВЕДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН»

В целях приведения Приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 14 марта 2008 г. № 57 «Об утверждении форм и порядка представления отчетов об использовании субсидий на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан» в соответствие с Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 г. № 1228 «О порядке предоставления из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан» приказываю:

Внести изменения в Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 14 марта 2008 г. № 57 «Об утверждении форм и порядка представления отчетов об использовании субсидий на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан», с изменениями, внесенными Приказами Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 11 марта 2009 г. № 45, от 18 марта 2010 г. № 56, зарегистрированных в Минюсте России 20 марта 2008 г. № 11386, 3 апреля 2009 г. № 13672, 16 апреля 2010 г. № 16912 (Российская газета, 2008, № 64; Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти, 2009, № 17, Российская газета, 2010, № 84), согласно приложению.

Председатель
А.В. ЮРИН

В полном объеме Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19 января 2011 г. №11 размещен на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования www.ffoms.ru в разделе «Система ОМС в России», подраздел «Нормативно-справочная информация в системе ОМС», в подразделе «Приказы ФОМС».



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

П Р И К А З

от 19 января 2011 г. № 12

МОСКВА

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ПРОВЕДЕНИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫМИ ФОНДАМИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРЕДСТАВЛЕННЫХ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ СЧЕТОВ НА ОПЛАТУ РАСХОДОВ, СВЯЗАННЫХ С ПРОВЕДЕНИЕМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРЕБЫВАЮЩИХ В СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

Во исполнение Постановления Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 г. № 1234 «О порядке предоставления субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» («Российская газета», 2011, № 5) приказываю:

1. Утвердить Порядок проведения территориальными фондами обязательного медицинского страхования медико-экономической экспертизы представленных медицинскими организациями счетов на оплату расходов, связанных с проведением диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (далее - Порядок) согласно приложению.

2. Директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования использовать прилагаемый Порядок в работе по осуществлению медико-экономической экспертизы представленных медицинскими организациями счетов на оплату расходов, связанных с проведением диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Председатель
А.В. ЮРИН

В полном объеме Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19 января 2011 г. № 12 «Об утверждении Порядка проведения территориальными фондами обязательного медицинского страхования медико-экономической экспертизы представленных медицинскими организациями счетов на оплату расходов, связанных с проведением диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» размещен на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования www.ffoms.ru в разделе «Система обязательного медицинского страхования», подраздел «Нормативно-справочная информация в системе ОМС», в подразделе «Приказы ФОМС».



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

П Р И К А З

от 19 января 2011 г. № 15

МОСКВА

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРИКАЗ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ОТ 3 ИЮНЯ 2008 Г. № 120 «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМЫ И ПОРЯДКА ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОТЧЕТОВ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СУБСИДИЙ НА ПРОВЕДЕНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРЕБЫВАЮЩИХ В СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ»

В целях приведения Приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 3 июня 2008 г. № 120 «Об утверждении формы и порядка представления отчетов об использовании субсидий на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 г. № 1234 «О порядке предоставления субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» приказываю:

Внести изменения в Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 3 июня 2008 г. № 120 «Об утверждении формы и порядка представления отчетов об использовании субсидий на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» с изменениями, внесенными Приказами Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 10 ноября 2008 г. № 256, от 11 марта 2009 г. № 44, от 18 марта 2010 г. № 55, зарегистрированных в Минюсте России 16 июня 2008 г. № 11842, 20 ноября 2008 г. № 12706, 6 апреля 2009 г. № 13689, 22 апреля 2010 г. № 16971 (Российская газета, 2008, № 134; Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти, 2008, № 50; Российская газета, 2009, № 64, 2010, № 90) согласно приложению.

Председатель
А.В. ЮРИН

В полном объеме Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19 января 2011 г. № 15 «О внесении изменений в Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 3 июня 2008 г. № 120 «Об утверждении формы и порядка представления отчетов об использовании субсидий на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» размещен на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования www.ffoms.ru в разделе «Система ОМС в России», подраздел «Нормативно-справочная информация в системе ОМС», в подразделе «Приказы ФОМС».



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

П Р И К А З

от 15 марта 2011 г. № 53

МОСКВА

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРИКАЗ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ОТ 16 ДЕКАБРЯ 2010 Г. № 240 «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА И ФОРМЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ОТЧЕТНОСТИ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СРЕДСТВ НА ЦЕЛИ ПО РЕАЛИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ПЕРИОД 2011-2012 ГОДОВ»

В целях совершенствования нормативных правовых актов Федерального фонда обязательного медицинского страхования и реализации Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422) приказываю:

Внести изменения в Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16 декабря 2010 года № 240 «Об утверждении Порядка и формы предоставления отчетности об использовании средств на цели по реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в период 2011-2012 годов» (зарегистрирован Минюстом России 31 декабря 2010 г., регистрационный № 19503) согласно приложению.

Председатель
А.В. ЮРИН

В полном объеме Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 15 марта 2011 г. № 53 «О внесении изменений в Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16 декабря 2010 г. № 240 «Об утверждении Порядка и формы предоставления отчетности об использовании средств на цели по реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в период 2011-2012 годов» размещен на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования www.ffoms.ru в разделе «Система обязательного медицинского страхования», подраздел «Федеральный фонд ОМС», подраздел «Направления деятельности»