

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ

ISSN 2221-9943



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ
Ф О Н Д
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

МЕДИЦИНСКОЕ

СТРАХОВАНИЕ

В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

2 – 2012

Расширенное заседание коллегии Минздравсоцразвития России

**Эксперты Всемирного Банка:
взгляд на формы оплаты медицинской помощи**

Новый закон начал работать на застрахованное лицо



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
СТРАХОВАНИЕ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

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

**НАУЧНО–ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
№ 2, 2012**

**«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»
№ 2, 2012**

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Председатель редакционного совета

А.В. Юрин – Председатель ФОМС

Заместитель председателя редакционного совета

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

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

А. Гуффрида – старший экономист Всемирного банка по вопросам

здравоохранения, д.э.н. (США)

С.А. Карчевская – заместитель Председателя ФОМС

М.А. Ковалевский – Профессор кафедры управления и экономики

здравоохранения НИУ ВШЭ

О.А. Константинова – Заместитель директора Департамента развития фармацевтического рынка и рынка медицинской техники Минздравсоцразвития России

С.Г. Кравчук – Начальник Управления организации ОМС ФОМС

Д.Ю. Кузнецов – Президент Межрегионального союза медицинских страховщиков

Д. Лангенбруннер – ведущий экономист Всемирного банка

по вопросам здравоохранения, доктор наук экономики и

здравоохранения (США)

А.Л. Линденратен – Заместитель директора по научно-

исследовательской работе национального НИИ общественного

здоровья РАМН, д.м.н., профессор

А.В. Решетников – Директор Московского городского фонда ОМС,

академик РАМН, д.м.н., профессор

И.В. Соколова – заместитель Председателя ФОМС

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 – Профессор кафедры управления и экономики

здравоохранения НИУ ВШЭ, к.э.н.

С.В. Шишкин – Научный руководитель Института экономики

здравоохранения НИУ ВШЭ, д.э.н.

Г.Л. Юркин – Начальник Управления правовой и международной

деятельности ФОМС

Главный редактор:

Е.А. Политова – Генеральный директор ООО «Издательство

«Офтальмология», к.п.н.

Учредители: Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
Дом печати «Столичный бизнес»,

Журнал издается ООО «Издательство «Офтальмология»

Номер подписан в печать 28.05.2012 года, Тираж: 2000 экз.

Формат: 205 x 275 мм, Объем: 80 полос

Адрес редакции: ООО «Издательство «Офтальмология»

127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59А, Тел.: (499) 488-89-25

E-mail: publish_mntk@mail.ru; journal-oms@yandex.ru (для отправки статей)

Internet: www.omsjournal.ru

При перепечатке ссылка на журнал «Обязательное медицинское страхование

в Российской Федерации» обязательна

© «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации», 2012

Подписной индекс журнала «Обязательное медицинское

страхование в Российской Федерации» в каталоге

«Газеты. Журналы» Агентства «Роспечать» – 36347

**«OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE
IN THE RUSSIAN FEDERATION»
№ 2, 2012**

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

EDITORIAL BOARD:

Chairman of Editorial Board

A.V. Yurin - Chairman of the Federal compulsory health insurance fund

Deputy Chairman of Editorial Board

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

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

P.V. Breyev – FCHIF

Antonio Giuffrida – PhD in Economic Sciences, Senior Health Economist with the World Bank (USA)

S.A. Karchevskaya - Deputy Chairman of the FCHIF

M.A. Kovalevsky – Professor of the Chair for Public Health Management and Economics of the National Research University at the Higher School of Economics

O.A. Konstantinova – Deputy Director of the Department for Development of Pharmaceutical Market and Market of Medical Equipment of the Ministry of Public Health and Social Development of the Russian Federation

S.G. Kravchuk – FCHIF

D.Y. Kuznetsov – President MCMC

John Langenbrunner – Lead Health Economist with The World Bank,

PhD in Economic Sciences and Public Health (USA)

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

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

I.V. Sokolova - Deputy Chairman of the FCHIF

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

O.V. Tsaryova – MD, PhD, FCHIF

I.M. Sheyman – PhD in Economic Sciences, Professor of the Chair for Public Health Management and Economics of the National Research University at the Higher School of Economics

S.V. Shishkin – Scientific Director of the Institute of Public Health Economy of the National Research University "Higher Institute of Economy", PhD, Dr. Economic Sc.

G.L. Yurkin – FCHIF

Editor-in-chief:

E.A. Politova, PhD (in Pedagogic Sciences) – Director General of the

Publishing House "Oftalmologiya" Ltd.

Founders: Federal compulsory health insurance fund
House of Press «Metropolitan Business»

The Journal is issued by the Publishing House «Oftalmologiya» Ltd.

The issue is passed for printing 28.05.2012, Circulation: 2000 copies

Format: 205 x 275 mm, Volume: 80 type pages

Address of Editorial Office: The Publishing House «Oftalmologiya» Ltd.

59A, Besludnikovskiy Blvd., Moscow 127486, Russia Tel.: +7 (499) 488-89-25

E-mail: publish_mntk@mail.ru; journal-oms@yandex.ru (for articles submission)

Internet: www.omsjournal.ru

In case of reprinting reference to the Journal «Obligatory Medical Insurance in Russian Federation» is obligatory.

© «Obligatory Medical Insurance in Russian Federation», 2012

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

of the Agency «Rospechat» – 36347

ISSN 2221-9943

9 772221 994772 >

9 772221 994772 >

9 772221 994772 >

9 772221 994772 >

9 772221 994772 >

9 772221 994772 >

9 772221 994772 >

9 772221 994772 >

9 772221 994772 >

9 772221 994772 >

9 772221 994772 >

9 772221 994772 >

9 772221 994772 >

9 772221 994772 >

9 772221 994772 >

9 772221 994772 >

9 772221 994772 >

9 772221 994772 >

9 772221 994772 >

9 772221 994772 >

СОДЕРЖАНИЕ

РАСШИРЕННАЯ КОЛЛЕГИЯ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ

Об итогах работы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации в 2011 году и задачах на 2012 год
Выступление Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации Т.А. Голиковой на расширенном заседании коллегии Минздравсоцразвития России 16 марта 2012 года . . . 4

ОФИЦИАЛЬНО | НОВОСТИ

Эксперты Всемирного Банка:
взгляд на формы оплаты медицинской помощи
Кировская область 14
Липецкая область 16
Томская область 18
Вопросы организации государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения обсуждены на круглом столе в Государственной Думе Российской Федерации 19
Заседание консультативного совета главных врачей по вопросам в сфере здравоохранения при Правительстве Воронежской области 20
Медицинское страхование: синергия ДМС и ОМС 22
III Форум регионов России
«Институты модернизации» 24
Рабочая встреча заместителя Председателя ФОМС С.А. Карчевской с губернатором
Брянской области Н.В. Дениным 27
Новые кадровые назначения 28

НАШИ ПУБЛИКАЦИИ

В «РИА Новости» 9 апреля 2012 года состоялась пресс-конференция на тему «Полис ОМС в частных клиниках: дополнительные возможности или проблемы?» 30

МОДЕРНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

С.А. Карчевская
Новый закон начал работать на застрахованное лицо
S.A. Karchevskaya
A new Law has started to work for an insured person 32

ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

Правовые основы медицинского страхования в законе «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» 38
Рейтинг страховых медицинских организаций 40
С.В. Шишкин, Е.Г. Потапчик, Е.В. Селезнева
Частные медицинские учреждения:
позиционирование на рынке и готовность участвовать в ОМС
S.V. Shishkin, E.G. Potapchik, E.V. Seleznyova
Private medical institutions: positioning on the market and willingness to participate in OMI 46

ДАЙДЖЕСТ НОВОСТЕЙ

Обзор источников информации по теме обязательного медицинского страхования и социальной сферы. 54

НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ 65

Приказ Министерства экономического развития Российской Федерации и Федеральной службы государственной статистики от 29 декабря 2011 г. № 519 «Об утверждении статистического инструментария для организации Минздравсоцразвития России федерального статистического наблюдения в сфере обязательного медицинского страхования» (66)

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31 января 2012 г. № 70н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 4 февраля 2010 г. № 55н «О порядке проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан» (67)

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 января 2012 г. № 25н «Об утверждении форм и порядка предоставления уполномоченными органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и территориальными фондами обязательного медицинского страхования сведений, необходимых для распределения в 2012 году средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования на увеличение субвенций бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации» (69)

Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 12 января 2012 г. № 2 «О признании утратившим силу приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования» (71)

Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 12 января 2012 г. № 3 «О комиссии Федерального фонда обязательного медицинского страхования для рассмотрения вопросов предоставления работникам единовременной субсидии на приобретение жилого помещения на 2012 год» (72)

Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 12 января 2012 г. № 4 «О порядке предоставления работникам Федерального фонда обязательного медицинского страхования единовременной субсидии на приобретение жилого помещения на 2012 год» (73)

Информационное письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21 февраля 2012 г. № 1005/20-1/и (74)

Информационное письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24 февраля 2012 г. №1083 «О направлении приказа Минздравсоцразвития России и разъяснений по заполнению сведений» (75)

Информационное письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 2 марта 2012 г. № 1305-30-1 (77)

Информационное письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19 марта 2012 г. № 1600/30-5/и «О территориальных реестрах экспертов качества медицинской помощи» (79)

Об итогах работы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации в 2011 году и задачах на 2012 год

Выступление Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации Т.А. Голиковой на расширенном заседании коллегии Минздравсоцразвития России 16 марта 2012 года

Уважаемый Владимир Владимирович! Уважаемые участники заседания коллегии!

Позвольте мне от имени присутствующих в зале, от имени многомиллионного отряда работников здравоохранения, социальной защиты, труда и занятости поздравить Председателя Правительства Российской Федерации В.В. Путина с избранием на пост Президента Российской Федерации.

Работники наших отраслей особенно ценят Ваши решения по коренному изменению ситуации в социальной сфере, принятые еще 6 лет назад. Результаты реализации демографической программы и приоритетного национального проекта «Здоровье», стартовавших в 2006 году, превзошли самые смелые прогнозы.

Благодаря этим программам нам удалось коренным образом изменить демографическую ситуацию, добиться серьезных сдвигов в здравоохранении.

Проблемы здравоохранения, труда и социальной защиты тесно связаны между собой. Взаимодействие медицинских и социальных проблем ярко проявляется в демографической политике, в работе по улучшению охраны труда и реабилитации инвалидов.

Социальная политика реализуется непосредственно на местах. Поэтому основное внимание в своем выступлении обращаю на задачи, стоящие перед региональными органами управления здравоохранением, социальной защиты, труда и занятости, ТФОМС.



«Выполнение социальных обязательств государства останется нашим безусловным приоритетом. Теперь задача развития человеческого потенциала должна решаться на новом качественном уровне – более эффективном, целевом и адресном использовании средств, направляемых на социальные нужды. Уверена, что общими усилиями работников здравоохранения, социальной защиты, труда и занятости мы сможем сделать так, что интересы граждан будут самым главным приоритетом в работе наших отраслей».

Т.А. Голикова на расширенном заседании коллегии Минздравсоцразвития России
(Москва, 16 марта 2012 г.)

ДЕМОГРАФИЯ

В прошлом году мы получили самые лучшие за последние 20 лет демографические показатели. В стране родились почти 1800 тыс. детей. Продолжительность жизни населения превысила 70 лет. Впервые за многие годы обеспечен рост численности россиян - число жителей России превысило 143 млн. человек.

Уверена, что принятые большинством регионов решения о введении регионального материнского капитала и о выделении земельных участков многодетным семьям эффективно помогают решать задачу повышения рождаемости. Мы получили в январе этого года хороший результат - за месяц родились почти 144 тысячи детей, что на 8,2% больше, чем в январе 2011 года.

В соответствии с Вашим поручением мы приступили к разработке предложений о дополнительных мерах поддержки семей с тремя и более детьми в регионах, где сохраняются негативные демографические тенденции.

Всем, конечно, предстоит сделать достаточно большую работу, но, в то же время, она должна быть в короткие сроки произведена, чтобы успеть включить это в бюджеты 2013 и последующие годы.

В 2011 году мы получили самый лучший за последние 19 лет результат по снижению смертности населения - на 5,2% меньше, чем в 2010 году. Наилучшие показатели - по заболеваниям, активную борьбу с которыми мы начали в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье».

Смертность от болезней системы кровообращения снизилась на 6,2%, от туберкулеза - на 7,4%, от ДТП - на 5,6%, от новообразований - на 1%.

Это результат работы по расширению географии и масштабов целевых программ по борьбе с этими заболеваниями. В регионах, участвующих в них показатели смертности от этих заболеваний лучше, чем в остальных.

В 2011 году еще 14 регионов включились в программу по совершенствованию медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями. В них организованы и оснащены оборудованием 15 региональных сосудистых центров и 37 первичных сосудистых отделений.

В 2012 году мы включаем в реализацию мероприятий все оставшиеся регионы, что, надеемся, позволит снизить смертность от болезней системы кровообращения к 2013 году до 730 случаев на 100 тыс. населения, к 2020 году до 698 случаев на 100 тыс. населения, а это около 200 тысяч сохраненных жизней.

В программу по совершенствованию медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в 2011 году включились дополнительно также 14 территорий. Во всех 33 регионах, участвующих в этом направлении, создается система оказания онкологической помощи населению, ориентированная на раннее выявление заболеваний и оказание комбинированного противоопухолевого лечения. Налажены учет и мониторинг состояния онкологических заболеваний и смертности. В регионах-участниках меро-

приятий осуществляется ведение федерального онкологического регистра.

Впервые тенденция к снижению смертности от онкологических заболеваний была отмечена в 2010 году, продолжилось снижение и в 2011, в целом на 2,1% (около трех тысяч сохраненных жизней).

Критериями эффективности проводимых мероприятий всемирно признаны 2 основных показателя - это годовая летальность (выживаемость больных не более года) и пятилетняя выживаемость. За период реализации мероприятий эти показатели у нас имеют положительную динамику - снижение годового показателя летальности на 5,3%, рост пятилетней выживаемости на 2%, а это около 140 тысяч онкологических больных, перешагнувших пятилетний рубеж. Практически во всех субъектах РФ благодаря реализации профилактических мероприятий на 3,8% выросла доля больных, выявленных на ранних стадиях онкологических заболеваний.

Эти мероприятия позволят снизить смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) к 2015 году до 197 на 3% и к 2020 году достичь показателя 190 на 100 тыс. населения (7,5%), сохранив при этом более 22 тыс. жизней. Таким образом, эти меры позволят сохранить к 2015 году более 300 тысяч жизней россиян.

Существенное снижение смертности от туберкулеза - это результат работы по расширению охвата профилактическими осмотрами, обеспечению регионов диагностическим оборудованием для обследования населения для выявления больных туберкулезом, обеспечению антибактериальными и противотуберкулезными препаратами для лечения больных с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя.

Хорошие результаты показали Пензенская, Белгородская, Липецкая, Архангельская, Орловская области, республики Татарстан и Чувашия, где смертность от туберкулеза ниже среднероссийской - в 2 и более раза.

В тоже время некоторые регионы реализуют мероприятия по борьбе с туберкулезом с недопустимо низкой активностью - Алтайский и Камчатский края, Республики Тыва, Адыгея, Хакасия, Самарская, Курская, Иркутская, Курганская, Новосибирская области. Прошу органы управления здравоохранением данных регионов принять исчерпывающие меры для улучшения деятельности противотуберкулезных учреждений.

Хочу отметить - страна проводит все мероприятия по борьбе с туберкулезом за счет собственных средств и с 2010 года из страны-реципиента перешла в разряд стран международных доноров в области противотуберкулезных программ.

Мы продолжим выполнение программных мероприятий по оказанию медицинской помощи пострадавшим в результате ДТП. В этом направлении приняло участие 15 регионов РФ, территории которых расположены вдоль 4 федеральных трасс. За 2011 год созданы и оснащены оборудованием, укомплектованы медицинскими кадрами 15 травмоцентров 1-ого уровня, 33 травмоцентра 2-ого уровня и 48 травмоцентров 3-его уровня. В результате совместных действий по этим четырем направлениям, если такими темпами мы будем работать, то к 2020 году это позволит сохранить более 500 тыс. жизней наших граждан.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Мероприятия по улучшению демографической ситуации, снижению смертности и профилактике заболеваний обеспечиваются соответствующей финансовой поддержкой. За 4 года расходы федерального бюджета на здравоохранение увеличились в два раза - с 202,8 до 413 млрд. рублей. Доля от ВВП выросла за эти годы с 3,1% до 3,7%.

Расходы на финансовое обеспечение базовой программы обязательного медицинского страхования выросли по сравнению с 2010 годом на 11% - с 525,2 до 581,9 млрд. рублей. Это позволило сократить дефицит базовой программы обязательного медицинского страхования более чем в 1,5 раза - с 175,2 до 112,3 млрд. рублей.

В 2011 году охват населения услугами центров здоровья увеличился почти в 1,6 раза, объемы высокотехнологичной медицинской помощи - на 20%, операций ЭКО - в 2,2 раза. При поддержке федерального центра в 2011 году открылись 13 перинатальных центров.

Заработная плата врачей, работающих по программам модернизации здравоохранения, в 2011 году выросла на 16,5%, среднего медицинского персонала - на 14,8%. Сейчас среднемесячная зарплата этих врачей в целом по РФ составляет более 28 тыс. рублей, что на 20% выше средней заработной платы в экономике страны.

Дополнительно, в том числе за счет повышения ставки взносов на обязательное медицинское страхование, в 2011 году начата реализация региональных программ модернизации здравоохранения.

Утвержденная стоимость Программ модернизации здравоохранения за счет всех источников финансирования на 2011-2012 годы составила 623,6 млрд. рублей, в том числе на 2011 год - 298,3 млрд. рублей; на 2012 год - 324,2 млрд. рублей.

В 2011 году на реализацию мероприятий Программ модернизации здравоохранения израсходовано из всех источников финансирования 176,9 млрд. рублей. Были достигнуты неплохие показатели - отремонтировано более четырех с половиной миллионов квадратных метров площадей в медицинских организациях, приобретено 90 тысяч единиц медицинского оборудования. Более 152 тысяч врачей-специалистов, работающих в амбулаторном звене, и более 241 тысячи средних медицинских работников в 2011 году получали дополнительные выплаты. Мероприятия по внедрению стандартов медицинской помощи проводились в трех тысячах учреждений здравоохранения.

По итогам 2012 года все Программы модернизации должны быть выполнены в полном объеме.

Главным итогом программ модернизации здравоохранения должна стать новая система организации работы медицинских учреждений на основе единых порядков оказания медицинской помощи и стандартов.

Разработанные в течение 3-х предыдущих лет 44 порядка оказания медицинской помощи плавно встраиваются в работу медицинских организаций. Надо учитывать, что выполнение этих порядков теперь будет основным критерием при лицензировании медицинской деятельности и лицензионном контроле.

Главными специалистами Министерства разработаны 1041 стандарт медицинской помощи, которые размещены на нашем сайте и будут утверждены до конца второго квартала. Их внедрение приведет к изменениям в организации работы учреждений, в том числе в части развития дневных стационаров. При этом оптимизация в сфере здравоохранения должна быть направлена не на закрытие больниц и отделений, а на интенсификацию лечебного процесса.

У нас появилась информация от ряда регионов, что территориальные фонды ОМС не оплачивают оказание медицинской помощи по региональным стандартам. Я обращаю внимание территориальных фондов и руководителя федерального фонда ОМС, что в соответствии с законом «Об основах охраны здоровья граждан», стандарты и порядки окончательно вступают в силу с 1 января 2013 года, соответственно фонды должны принимать к исполнению те региональные стандарты, которые сегодня осуществляются в рамках программ модернизации здравоохранения.

В 2011 году благодаря новым правилам ОМС число медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным гражданам, выросло с 8162 до 8543, в том числе за счет коммерческих клиник - их число увеличилось с 618 до 739.

С 2012 года мы перешли на новую модель финансового обеспечения программ ОМС через предоставление субвенций на реализацию территориальных программ ОМС. В 2012 году объем субвенций составит 603 млрд. рублей. Дефицит финансового обеспечения в целом по РФ составит 87,5 млрд. рублей, а с учетом средств, которые направляются на третье направление программ модернизации по совершенствованию стандартов в объеме 83 млрд руб., этот дефицит в среднем по России практически сведется к нулю. Очевидно, что не по каждому субъекту в отдельности, но, тем не менее, наметилась позитивная тенденция к сбалансированности базовой программы оказания бесплатной медицинской помощи гражданам РФ.

Необходимо отметить, что программа государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи финансируется не только за счет средств ОМС. Хочу обратить внимание регионов на необходимость как минимум сохранения уровня финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий в целом по всем источникам. Например, в Брянской области допущено снижение стоимости территориальной программы госгарантий достаточно существенно. В этой связи наблюдается существенный дефицит этой программы по этому году, по плановым показателям составляющий 38%. Эта ситуация недопустима.

В течение 2012 года участникам системы обязательного медицинского страхования предстоит завершить подготовку к переходу на полный тариф оплаты медицинской помощи и включению скорой медицинской помощи в систему ОМС с 2013 года при одновременном увеличении расходов, связанных с оказанием медицинской помощи.

Для этого предусматривается разработать методику предоставления субвенций для обеспечения выравнивания финансовых условий деятельности ОМС, а также определить подходы к включению в территориальные программы ОМС мероприятий по внедрению стандартов оказания медицинской помощи и повышению доступности амбулаторной помощи, осуществляемых в рамках программ модернизации здравоохранения, и мероприятий по выплате медицинским работникам первичного звена и осуществлению дополнительной диспансеризации работающих граждан, проводимых в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье».

В 2012 году должен быть завершён первый этап создания единой информационной системы в сфере здравоохранения. Во всех регионах осуществляются работы по повышению уровня обеспечения компьютерной техникой медицинских организаций, а также по созданию региональных сегментов единой информационной системы в здравоохранении и интеграции с федеральными подсистемами.

Министерством завершается разработка базовых федеральных сервисов и начато их пилотирование в восьми регионах.

Отдельно хочу обратить внимание на необходимость информирования граждан об их правах на бесплатную медицинскую помощь. Граждане должны иметь возможность знакомиться с программами госгарантий, всеми нормативными актами. В открытом доступе должны быть размещены сведения о страховых медицинских организациях и медицинских организациях – участниках системы бесплатного оказания медицинской помощи.

Кроме того, гражданам для выбора врача и медицинской организации по их требованию должны предоставляться данные о количестве прикрепленного к лечебно-

му учреждению населения, а также о сроках ожидания медицинской помощи в конкретной медицинской организации, а также у конкретного врача.

В программах модернизации здравоохранения особая роль отводится сельскому здравоохранению. Регионы взяли обязательства по дополнительному открытию врачебных амбулаторий отделений общей врачебной практики, фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктов, согласно нормативам.

В течение 2011 года было открыто 38 фельдшерских и 75 фельдшерско-акушерских пунктов. Девять регионов создали комплексную инфраструктуру. Это Воронежская, Пензенская, Брянская, Ивановская, Ростовская, Томская области, Ставропольский и Краснодарский края, Республика Мордовия. В более крупных населенных пунктах в 2011 году было открыто 223 офиса общей врачебной практики и 163 врачебных амбулатории.

К сожалению Калужская и Иркутская области, Кабардино-Балкарская Республика и Забайкальский край, взявшие на себя обязательства открыть достаточное количество ФАПов, не открыли ни одного.

Ярославская, Калининградская и Омская области не открыли ни одного офиса общей врачебной практики. Не выполнили обязательства республики Коми и Марий Эл, Еврейская автономная область.

Программами модернизации предусматривались специальные меры по привлечению молодых специалистов для работы в сельских населенных пунктах - на выплату «подъемных» выделено 11 млрд. рублей.

На сегодняшний день 75 регионов представили заявки на перечисление средств на эти выплаты для 1400 врачей.

Однако 6 регионов не представили ни одной заявки на перечисление средств на эти выплаты. Это Костромская, Тульская области, Ненецкий АО, Республика Хакасия, Сахалинская область, Чукотский АО.

Полагаю, что это элементарный организационный просчет. Письма, поступающие в министерство, говорят о том, что интерес к переезду у молодых врачей есть. Так, например, Министерством здравоохранения Московской области было отказано по причине, что списки уже сформированы. На обращение медицинского работника в Алтайском крае было сообщено, что лечебное учреждение исключено из списка на участие в программе. Никаких подобных фактов на данный момент времени не должно быть, средств в федеральном фонде достаточно.

Принятый в прошлом году федеральный закон об охране здоровья граждан впервые закрепил приоритет профилактических мероприятий в здравоохранении, определил в качестве ключевого элемента - формирование здорового образа жизни у населения.

Поэтому работа по развитию и совершенствованию деятельности Центров здоровья, активная коммуникаци-

онная кампания, повышение эффективности мероприятий по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма, по борьбе с курением должна быть в центре внимания на всех этапах модернизации здравоохранения.

Работа 706 Центров здоровья чрезвычайно важна для определения рисков заболеваемости и назначения своевременного лечения. Сегодня факторы риска выявляются у 67% обративших, почти 40% граждан направляются на дальнейшее обследование и лечение. Напомню, что задача Центров здоровья не только выявлять факторы риска развития социально-значимых заболеваний, но и корректировать поведенческие факторы – убеждать в необходимости отказаться от алкоголя, наркотиков, табака и неправильного питания, повышать двигательную активность.

Совместными усилиями мы решаем проблемы обеспечения преемственности в деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений и Центров здоровья, налаживания взаимодействия Центров здоровья с организованными коллективами (детскими садами, образовательными учреждениями, предприятиями), с целью привлечения их для прохождения комплексного обследования, развития выездных методов работы.

Прошу региональные органы управления здравоохранением совместно с территориальными фондами обязательного медицинского страхования урегулировать вопросы оплаты комплексных обследований в Центрах здоровья, а также повторных посещений.

Министерство будет последовательно продолжать курс на борьбу против табака.

В рамках обязательств России в связи с присоединением к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака разработан проект федерального закона «О защите здоровья населения от последствий потребления табака». Мы предлагаем предпринять активные действия по предотвращению воздействия окружающего табачного дыма на здоровье человека, запрету рекламы, спонсорства и стимулирования продажи табачных изделий, предотвращению незаконной торговли табачными изделиями, недопущению продажи табачных изделий несовершеннолетним и несовершеннолетними.

Предлагается закрепить за регионами полномочия по установлению запретов на курение табака в общественных местах, осуществлению медицинской помощи, направленной на отказ от потребления табака, и лечение табачной зависимости.

Улучшение организации медицинской помощи матерям и детям, развитие профилактических направлений в акушерстве и гинекологии, педиатрии остается приоритетным направлением.

Показатель младенческой смертности в 2011 году составил 7,3 на 1000 родившихся, что на 2,7% ниже, чем в 2010 году. В 23 регионах младенческая смертность сопоставима с уровнем экономически развитых стран. Самые низкие показатели в Чувашской Республике, Санкт-Петербурге, Республиках Коми и Татарстан, Белгородской, Калининград-

ской, Тамбовской областях. Стабильно высокими остаются, к сожалению, эти показатели в Чеченской Республике, республиках Дагестан и Тыва, Еврейской автономной области. Я надеюсь, что мероприятия по модернизации здравоохранения помогут регионам решить эти задачи.

В 22 перинатальных центрах, построенных за три последних года, в 2011 году принято 45 тыс. родов, пролечено более 7,4 тысяч новорожденных. Консультативную медицинскую помощь получили более 200 тыс. женщин.

Сейчас подготавливаются предложения по дальнейшему развитию сети современных высокотехнологичных перинатальных центров. По предварительной оценке в соответствии с утвержденными критериями построить такие центры необходимо еще, как минимум, в 16 регионах. Мы будем строго оценивать предложения регионов.

В 2011 году в 29 регионах России по новому алгоритму проводилась пренатальная (дородовая) диагностика нарушений развития ребенка. Для внедрения этого направления обновлена материально-техническая база, подготовлены врачи по специальной программе. Первые результаты обнадеживают. В 2 раза улучшилась выявляемость наследственных заболеваний у беременных женщин высокого риска.

Улучшение материально-технической базы родовспоможения и детства предусмотрено в программах модернизации. В 2011 году на эти цели выделено более 29,3% средств, предусмотренных на программы. В 2011 году завершено строительство 14 учреждений, проведен капитальный ремонт в 549 учреждениях, проведен текущий ремонт в 40 учреждениях; поставлено 19 316 единиц медицинского оборудования.

В 2011 году в региональных учреждениях родовспоможения и детства дополнительно развернуто 1114 коек реанимации и интенсивной терапии новорожденных и 1406 коек патологии новорожденных и недоношенных детей. В 23 регионах мероприятия по открытию коек реанимации для новорожденных и коек патологии новорожденных и недоношенных детей выполнены в полном объеме. Среди них - Самарская, Тюменская, Ленинградская области, Республика Татарстан. В то же время, в ряде регионов в 2011 году работа не проведена. В их числе - Республики Башкортостан и Марий Эл, Астраханская, Владимирская, Челябинская области. В 2012 году ситуацию надо исправить.

В рамках реализации региональных программ модернизации здравоохранения в 2011 году в 12 регионах организовано 635 коек для медицинской реабилитации детей, в 15 регионах открыты отделения паллиативной помощи детям.

В 2011 году впервые в России проведена углубленная диспансеризация подростков. Охват диспансеризацией составил более 96%. Регионам с учетом результатов диспансеризации необходимо принять меры по наиболее полному охвату детей лечебно-оздоровительными мероприятиями.

В законе «Об основах здоровья граждан» впервые выделена проблема редких (орфанных) заболеваний.

Министерством представлены предложения о перечне и порядке ведения регистра этих заболеваний, подготовлены стандарты по 24 орфанным заболеваниям. В ближайшее время они будут утверждены. Подготавливаются поправки к Федеральному закону «Об обращении лекарственных средств», принятие которых позволит повысить доступность лекарственных препаратов для пациентов с редкими заболеваниями. Но это только начало большой работы. Регионам предстоит в максимально короткие сроки создать регистры пациентов, определить потребности в финансировании, подготовить специалистов и организовать медицинскую помощь.

С целью повышения профессионального уровня врачей учреждений родовспоможения и детства в 2011 году создано 4 симуляционных центра в Санкт-Петербурге, Иваново, Томске и Челябинске. В 2012 году планируется открытие еще 4 центров в Екатеринбурге, Ростове-на-Дону, Краснодаре, Уфе.

В 2011 году высокотехнологичную медицинскую помощь получили 322,7 тыс. человек, что на 28,7 тыс. человек больше, чем предусматривалось в плане.

Количество медицинских учреждений субъектов Российской Федерации, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь в рамках государственного задания за счет ассигнований федерального бюджета, увеличилось со 124 в 2010 году до 134 в 2011 году. С учетом медицинских организаций субъектов Российской Федерации высокотехнологичную медицинскую помощь оказывали в 2011 году 250 учреждений (в 2010 году - 236).

Практика оказания ВМП показала, что в ее организации имеются определенные проблемы, возникающие главным образом при формировании субъектами Российской Федерации потоков пациентов при направлении больных. В ряде случаев из регионов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи направляются недообследованные больные, с отсутствием показаний или наличием противопоказаний, что приводит к обоснованным отказам в оказании такой медицинской помощи.

Модернизация здравоохранения должна в конечном итоге решить проблему укомплектованности медицинскими кадрами.

Нам надо устранить диспропорции в обеспеченности медицинскими кадрами между отдельными территориями, городом и селом, врачами и средним медицинским персоналом, амбулаторно-поликлиническим звеном и стационарами.

В первую очередь, необходимо ликвидировать дефицит, который наблюдается практически во всех субъектах Российской Федерации по таким специальностям, как врачи скорой медицинской помощи, врачи клинической лабораторной диагностики, фтизиатры, анестезиологи-реаниматологи, неонатологи, психиатры.

Субъекты Российской Федерации должны иметь программы, направленные на укрепление кадрового потенциала здравоохранения региона. Именно на их основе

мы будем формировать планы подготовки специалистов в образовательных учреждениях Министерства. Мы готовы распределять места для обучения за счет средств федерального бюджета в интернатуре и ординатуре строго в соответствии с реально существующей кадровой потребностью регионов.

В ряде регионов выявлено полное отсутствие либо неудовлетворительная организация ведения персонализированного учета льготных категорий граждан по группам и категориям заболеваний.

В 2011 году усредненные региональные затраты на лекарственное обеспечение одного льготополучателя существенно меньше федеральных.

В этой связи в соответствии с поручением В.В. Путина министерство совместно с Минфином России недавно провело межведомственное совещание по вопросам мониторинга текущего состояния и финансирования лекарственного обеспечения граждан в субъектах Российской Федерации.

Принято совместное решение о проведении в месячный срок выверки и актуализации информации о количественных данных по группам населения, категориям заболеваний и объемах соответствующего финансирования. Коллеги, подчеркиваю, это ваши полномочия. Не очень успешная реализация заставила нас вмешаться в эту работу для того, чтобы систематизировать качество лекарственного обеспечения в регионах Российской Федерации.

В 2012 году в ряде регионов было снижено финансирование лекарственного обеспечения по региональным льготникам. Мы вместе с Антоном Германовичем (Министр финансов РФ) в регионы направили письмо, чтобы такая ситуация не была допущена в 2012 году и как минимум были сохранены параметры, которые были заложены в 2011 году на эти цели.

В ходе анализа состояния регионального финансирования был выявлен ряд регионов с отрицательной динамикой объема денежных средств на закупку лекарственных средств по региональной льготе.

В целях предотвращения роста социальной напряженности субъектам Российской Федерации настоятельно рекомендовано не снижать показатели финансирования регионального лекарственного обеспечения по сравнению с предыдущими годами.

Реформирование сферы обращения лекарственных средств, начатое в сентябре 2010 года с вступлением в силу Федерального закона «Об обращении лекарственных средств», было направлено, в первую очередь, на формирование в стране эффективной системы допуска лекарственных препаратов на рынок, отвечающей мировым требованиям и стандартам.

В 2011 году пришлось решать стратегические вопросы, актуальность которых очевидна и в настоящее время.

Несмотря на объективные сложности, с которыми мы столкнулись на начальном этапе реализации Федерального закона «Об обращении лекарственных средств», в

2011 году было принято 1282 решения о государственной регистрации лекарственных препаратов, 1476 решений о подтверждении государственной регистрации лекарственных препаратов, 6152 решений о внесении изменений в регистрационные досье на лекарственные препараты.

В ближайшие годы истекает срок патентной защиты на многие оригинальные биотехнологические лекарственные средства, что открывает возможность для создания их аналогов, которые носят название «био-подобные лекарственные средства». Предполагается, что биоподобные лекарственные средства эквивалентны оригинальным биотехнологическим лекарственным средствам по своим характеристикам. Однако особенности их структуры и технологии производства являются причинами получения препаратов, отличающихся по своим токсикологическим и фармакотерапевтическим свойствам от оригинального продукта.

В этой связи допуск на фармацевтический рынок биоподобных лекарственных препаратов требует особого внимания в отношении оценки их профиля безопасности и эффективности. Для того, чтобы защитить интересы пациентов, Министерство совместно с Обществом пациентов и ассоциациями фармпроизводителей разрабатывает поправки к Федеральному закону «Об обращении лекарственных средств», учитывающие мировую практику регулирования обращения этой группы лекарственных препаратов.

Одним из основных направлений по обеспечению появления на фармацевтическом рынке эффективных и безопасных лекарственных препаратов является проведение клинических исследований. Чрезвычайно важно, чтобы именно на этапе клинических исследований была доказана эффективность и безопасность препарата. Количество разрешенных клинических исследований в 2011 году увеличилось на 12,7% по сравнению с 2010 годом. Количество пациентов, участвующих в клинических исследованиях лекарственных препаратов, в 2011 году увеличилось на 15% относительно показателей 2010 года.

При этом необходимо отметить, что доля международных многоцентровых клинических исследований составила 64,8% от общего количества исследований, проводимых на территории Российской Федерации. Эта тенденция позволяет Российской Федерации принимать активное участие в исследованиях самых современных лекарственных препаратов и обеспечивает доступ врачей-исследователей и пациентов к инновационным технологиям ведущих мировых производителей лекарственных средств.

В 2011 году Минздравсоцразвития России аккредитовано 740 медицинских организаций на право проведения клинических исследований лекарственных препаратов, что соответствует объему проводимых клинических исследований на территории Российской Федерации. При этом за 2011 год была существенно расширена география аккредитованных медицинских организаций, и в

настоящее время они представлены практически во всех субъектах Российской Федерации.

Принятое в 2009 году государственное регулирование цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, позволило остановить бесконтрольный рост цен на лекарства и сохранять достигнутый уровень более 2-х лет. Вместе с тем, анализ текущей практики регистрации цен показал необходимость дальнейшего совершенствования системы государственного регулирования цен, что послужило основой для разработки концепции формирования референтного ценообразования, необходимой для внедрения системы лекарственного страхования в Российской Федерации.

В 2011 году мы приступили к масштабному реформированию медицинской науки. Был проведен детальный анализ компетенций лабораторий научных учреждений Министерства, РАМН, Роспотребнадзора, ФМБА. Мы изучали публикационную активность, импакт-факторы журналов, в которых публиковались наши ученые, а также импакт-факторы журналов, в которых цитируются опубликованные работы, индекс Хирша наших авторов как в России, так и за рубежом.

Результаты оказались не утешительными.

Цитируемость, то есть актуальность и востребованность наших работ как внутри страны, так и за рубежом, крайне низка. Из 5424 научных лабораторий только у 199 лабораторий работы были опубликованы и процитированы в рейтинговых журналах.

Есть институты, работы которых за последние три года ни разу не цитировались за рубежом. Есть лаборатории, работы которых не публиковались в рейтинговых журналах, как за рубежом, так и у нас в стране.

Для того чтобы изменить данную ситуацию, в 2011 году министерством совместно с ведущими учеными РАМН и РАН была инициирована разработка научных платформ, предполагающих концентрацию усилий на таких приоритетных направлениях, как молекулярная генетика, протеомика, молекулярная физиология, биоинженерия, клеточные и тканевые технологии, биоинформатика. Именно эти направления составляют базовую биомедицинскую платформу, результаты которой должны сгенерировать инновационные знания и продукты.

Четыре платформы (онкология, микробиология, сердечно-сосудистые заболевания, экология человека) стартовали в 2011 году. В рамках данных платформ научные учреждения приступили к разработке принципиально новых биотехнологических продуктов, таких как: тест-системы для ранней диагностики злокачественных опухолей, гепатитов, ВИЧ, микрочипы для диагностики генетической предрасположенности к сердечно-сосудистым заболеваниям, кандидатные вакцины против гепатита С и многих других.

Впервые за несколько десятилетий инициировано масштабное эпидемиологическое моделирование по

прогнозированию рисков сердечно-сосудистых заболеваний, экологическим рискам. Эпидемиологические исследования будут проводиться ведущими специалистами 6 научных центров Министерства в 12 регионах России, отобранных с учетом климато-географических, экономических и демографических особенностей. На территории пяти из них будет проводиться углубленное исследование с использованием самого современного научного оборудования.

В работах по первым четырем платформам принимают участие 22 научных учреждения различной ведомственной подчиненности. Для реализации запланированного в 2012 году мероприятия выделен 1 млрд. рублей. Началась закупка сложного современного оборудования: секвенаторов ДНК, проточных цитофлуориметров, масс-спектрометров.

В 2012 году будут завершены 8 новых научных платформ, которые позволят выйти на новую программно-целевую модель развития медицинской науки.

В целом 2012-й год станет для нас переломным. Предстоит разработать и утвердить совместно с нашими ведущими учеными, в первую очередь с РАМН, стратегию развития медицинской науки в Российской Федерации. Главное – мы должны максимально раскрыть наш научный потенциал, для того чтобы подтвердить статус научных коллективов.

Очевидно, что не все учреждения смогут это сделать. Но надо исходить из того, что борьба за лидерство на глобальном рынке интеллектуальных продуктов и прорывных медицинских технологий - это один из государственных приоритетов Российской Федерации.

ТРУДОВЫЕ ОТНОШЕНИЯ

Устойчивые и высокие темпы экономического роста невозможно обеспечить без реформы трудовых отношений.

На решение этих задач нацелена работа системы социального партнерства, 20-летие которой мы отметили вчера.

Работа Российской трехсторонней комиссии вывела на новый уровень диалог по достижению оптимального баланса интересов работников и работодателей.

Но мы понимаем, что назрели изменения в трудовом законодательстве, например, в части развития гибких и дистанционных форм занятости, не требующих постоянного присутствия на рабочем месте, развития и укрепления охраны труда, коллективно-договорных отношений.

По предложению В.В. Путина, озвученному на Юбилейной сессии МОТ в Женеве в июне 2011 года, в России будет проведена в декабре 2012 года международная конференция по реализации установок МОТ, заложенных в Концепции достойного труда. Приглашаю представителей государственной власти, работодателей и профсоюзов, общественных организаций принять участие в работе Конференции.

Важнейшей составляющей достойного труда является охрана труда, которую надо постепенно переводить от затратной компенсационной модели к современной системе управления профессиональными рисками, позволяющей реализовать превентивные подходы к сохранению здоровья работников на производстве и сократить издержки, связанные с неблагоприятными условиями труда.

Такая работа в 2011 году проводилась - принимались меры, направленные на формирование системы управления охраной труда, основанной на оценке и управлении профессиональными рисками, совершенствование механизмов экономического стимулирования работодателей к улучшению условий труда работников и усилению ответственности должностных лиц и работодателей за нарушение требований охраны труда.

Сейчас надо на всех уровнях развернуть работу по созданию в 2012 году национальной информационной системы о состоянии условий труда и профессиональных рисках, развитию системы медико-профилактического обслуживания работников и профпатологической службы.

Трудовым кодексом регионы наделены полномочиями по разработке и реализации региональных программ улучшения условий труда. Однако данные программы зачастую разрабатываются формально, не содержат конкретных мероприятий, целевых индикаторов и показателей, в ряде регионов они вообще не разрабатываются.

Ситуацию надо менять. Основа для этого создана. Типовая программа улучшения условий и охраны труда разработана и направлена в регионы.

Сегодня 24 региона приняли региональные целевые программы улучшения условий и охраны труда.

Обращаю внимание руководителей остальных регионов, а в их числе такие индустриальные центры, как Красноярский край, Липецкая, Новосибирская области, на необходимость незамедлительной разработки региональных программ улучшения условий и охраны труда.

ЗАНЯТОСТЬ

В 2011 году все субъекты Российской Федерации добились существенного улучшения ситуации с занятостью населения.

Меры активной политики на рынке труда позволили оказать услуги в области содействия занятости населения более 10,7 млн. человек. Более 555 тыс. человек участвовали в мероприятиях по снижению напряженности на рынке труда, создано более 310 тыс. постоянных и временных рабочих мест, из них почти 70% - постоянные рабочие места в сфере малого бизнеса.

В результате, общая численность безработных снизилась за год почти на 19% и к январю 2012 года достигла докризисного уровня – 4,76 млн. человек, или 6,3%.

Численность безработных граждан, зарегистрированных в органах службы занятости, с марта 2011 года

устойчиво снижалась и к началу 2012 года достигла 1,27 млн. человек (1,7%), что соответствует показателю в докризисном октябре 2008 года.

В 2011 году уровень зарегистрированной безработицы снизился во всех без исключения регионах.

Наиболее активно меры по содействию занятости населения и снижению напряженности на рынке труда реализовывались в Вологодской, Кемеровской, Омской, Ярославской областях, республиках Татарстан, Башкортостан и ряде других субъектов Российской Федерации.

Также хочу отметить, что, несмотря на сложную ситуацию на рынке труда республик Северного Кавказа, благодаря активной реализации мер по развитию занятости, и здесь произошли позитивные изменения. Следует отметить эффективную работу органов исполнительной власти Республики Дагестан, Чеченской Республики, Республики Северная Осетия – Алания.

С 2012 года субъекты Российской Федерации осуществляют полномочия в области содействия занятости населения как собственные.

Министерство внимательно следит за этой работой, по ее результатам сформирует рейтинг субъектов Российской Федерации. В текущем году будут разработаны федеральные государственные стандарты предоставления услуг в области содействия занятости.

Однако уже сегодня мониторинг показал, что в ряде регионов до сих пор не приступили к исполнению переданных полномочий в полном объеме.

Рядом регионов не выполнено обязательное условие - обеспечить нормативы доступности услуг, сложившиеся в 2011 году. Это - Оренбургская и Брянская области, республики Тыва, Адыгея, Северная Осетия - Алания, Мордовия, Кабардино-Балкарская Республика, Чеченская Республика.

15 субъектов Российской Федерации, в том числе Ивановская, Омская область, не включили в свои программы мероприятия по переобучению женщин в период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет. Социально-демографическая значимость данного мероприятия очень большая и его надо реализовать во всех регионах.

12 регионов не предусмотрели средства на открытие собственного дела безработными.

Уже третий год реализуется мероприятие по созданию специализированных рабочих мест для трудоустройства, в том числе с использованием надомной и дистанционной занятости, незанятых инвалидов, родителей, воспитывающих детей-инвалидов, и многодетных родителей. В 2012 году в данном мероприятии планируется участие более 14,5 тыс. человек.

Потребность в трудоустройстве указанных категорий граждан значительно выше. Численность инвалидов, состоящих на учете в органах службы занятости, превышает 121 тыс. человек, многодетных родителей – 31 тыс. человек. Поэтому необходимо провести объективную оценку потребностей инвалидов в их трудоустройстве.

Еще одна проблемная категория граждан, на которую следует обратить особое внимание, – лица пенсионного возраста. Многие пенсионеры хотели бы трудиться и необходимо использовать этот трудовой потенциал в интересах развития экономики.

Предлагаю органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации рассмотреть вопрос о его реализации, начиная с 2013 года.

В 2012 году перед Министерством стоит задача по разработке прогноза баланса трудовых ресурсов, который позволит оценить потребности экономики в рабочей силе. Для этого нами утверждены формы представления данных федеральными органами исполнительной власти и методика разработки прогноза. Прогноз на 2013 год и плановый период 2014-2015 годов будет подготовлен в декабре 2012 года.

Надеюсь, что общество, социальные партнеры в рамках РТК увидят этот баланс на трехлетний период уже в 2012 году.

ИНВАЛИДЫ

В 2011 году начата реализация комплекса мер по улучшению положения инвалидов. Принята и реализуется государственная программа «Доступная среда» на 2011-2015 годы. Ее результатом станет создание условий для комплексного решения проблем формирования безбарьерной среды сначала в 3-х пилотных регионах (Татарстане, Саратовской и Тверской областях), а затем во всех субъектах Российской Федерации.

Организована многоплановая работа по приспособлению всех сфер жизни к потребностям инвалида. В 59-ти регионах уже приняты аналогичные по целям региональные программы. Со следующего года предусмотрено софинансирование наиболее эффективных таких программ.

Однако в 25-ти регионах они еще не приняты, а проводимые мероприятия кое-где ограничены установкой пандусов к парадным подъездам областных администраций. Обращаю внимание руководителей Ивановской, Рязанской и Магаданской областей, Ставропольского и Хабаровского краев на необходимость безусловного выполнения требований Правительства о переходе к системному решению этой общенациональной задачи.

Мы начали важный для инвалидов переход к предоставлению технических средств реабилитации и услуг в полном объеме потребности как по количеству, так и по качеству. Для этого в 2011 году объемы ассигнований увеличены до 23,5 млрд. рублей, что в 4,5 раза больше в сравнении с 2006 годом.

Председателем Правительства была поставлена задача погасить до 1 апреля т.г. накопленную в прошлые годы задолженность по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации. В основном она выполнена. Однако вызывают опасения низкие темпы решения этой задачи в Тюменской, Курской, Иркутской областях и Респу-

блике Башкортостан. В оставшееся время руководителям этих регионов надо принять самые решительные меры по погашению задолженности. С целью приближения услуги по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации к ее потребителю – инвалиду, проводится эксперимент по передаче этого полномочия органам социальной защиты. В целом его предварительные итоги подтверждают оправданность этой меры.

Вместе с тем в ряде регионов органы социальной защиты, несмотря на значительные выделенные им средства, не выдерживают установленные сроки выдачи технических средств реабилитации. По этой причине был выведен из эксперимента Забайкальский край. Необходимо, чтобы руководители регионов обеспечили в 2012 году тщательную подготовку к реализации этого важного полномочия.

В 2012 году дан старт мероприятиям по модернизации системы медико-социальной экспертизы. В целом она должна стать объективной, прозрачной и понятной для граждан процедурой. В Удмуртской Республике, Республике Хакасия и в Тюменской области начат пилотный проект по отработке более эффективных и удобных для граждан механизмов ее проведения. Разработаны новые формы акта и протокола медико-социальной экспертизы гражданина, чтобы повысить требования к правовому обоснованию решений об установлении инвалидности.

Внесены изменения в Правила признания лица инвалидом, предусматривающие возможность устранения избыточных процедур переосвидетельствования в отношении детей-инвалидов, страдающих онкологическими заболеваниями.

Устранены имевшиеся ранее препятствия для трудоустройства инвалидов. Теперь тяжесть группы инвалидности не является основанием для отказа в приеме на работу, если гражданин желает трудиться.

Проведенная в 2011 году работа создала необходимую основу для ратификации Конвенции ООН о правах инвалидов. Этим шагом государство берет на себя обязательство обеспечить каждому инвалиду возможность для реализации общегражданских прав наравне с другими лицами.

В соответствие с ее требованиями необходимо привести нормы федерального законодательства. С этой целью Министерством подготовлен законопроект о внесении изменений в 22 законодательных акта.

Мы надеемся, что в 2012 году этот документ будет рассмотрен Правительством РФ и внесен в Государственную Думу.

Всем органам государственной власти и местного самоуправления надлежит привести отраслевое и региональное законодательство в соответствие с Конвенцией.

СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА

В прошлом году во всех регионах России были разработаны региональные программы, направленные на

повышение качества жизни пожилых людей, перспективные схемы развития и размещения стационарных учреждений социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов до 2020 года.

Надо особо отметить программы Северной Осети-Алании, Краснодарского края, Астраханской, Владимирской, Кемеровской областей, Москвы и Санкт-Петербурга. Они содержат конкретные, новые мероприятия, целевые индикаторы и показатели.

Теперь каждому региону понятно, в каком направлении будет развиваться отрасль социального обслуживания, сколько это развитие будет стоить и каковы будут результаты.

Это очень амбициозные программы. Если они будут реализованы так, как задумано, отрасль сделает существенный шаг вперед. А самое главное, повысится качество услуг для граждан, нуждающихся в социальном обслуживании.

Система социального обслуживания в ближайшие годы будет модернизирована с учетом норм проекта федерального закона «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации».

Законопроект призван устранить недостатки действующей модели организации отрасли и направлен на развитие, повышение уровня, качества, доступности, безопасности и эффективности социального обслуживания населения.

Предусматривается принципиально новый подход к организации социального обслуживания, введение новых базовых понятий, необходимых для унификации его организации, конкретизация полномочий центра и регионов, детализация порядка предоставления социальных услуг.

Вы все ознакомились с законопроектом. Он прошел успешное общественное обсуждение на сайте Правительства. В июне проект закона должен быть внесен в Государственную Думу. Надеюсь, что в этом году он будет принят, и мы сможем приступить к его реализации в 2013 году.

Уважаемые участники заседания!

Выполнение социальных обязательств государства останется нашим безусловным приоритетом.

Теперь задача развития человеческого потенциала должна решаться на новом качественном уровне – более эффективном, целевом и адресном использовании средств, направляемых на социальные нужды.

Уверена, что общими усилиями работников здравоохранения, социальной защиты, труда и занятости мы сможем сделать так, что интересы граждан будут самым главным приоритетом в работе наших отраслей.

Эксперты Всемирного Банка: взгляд на формы оплаты медицинской помощи

В исследовании системы здравоохранения, которое проводилось экспертами Всемирного Банка в период с 16 по 30 марта 2012 года, участвуют три субъекта Российской Федерации – Кировская, Липецкая и Томская области

Кировская область



Совещание в Правительстве Кировской области с представителями Федерального фонда ОМС и Всемирного Банка.

«Заместитель Председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования И.В. Соколова:

«Устаревшие методы оплаты медицинской помощи, например, оплата работы поликлиник за количество посещений, не ориентированы на внимание к каждому пациенту. Теперь мы начинаем практическое воплощение договора с Всемирным Банком по поиску оптимальных способов оплаты медицинской помощи. Наше здравоохранение очень высокочатратное. Еще в 2010 году совокупные расходы на сферу здравоохранения в России превысили 2 триллиона рублей. В 2011 году здравоохранение получило еще дополнительное вливание, благодаря Программе модернизации. Наш пилотный проект направлен на то, чтобы здравоохранение было не только высокочатратной, но и эффективной сферой. Надеемся, что наше сотрудничество даст положительные результаты. Федеральный фонд ОМС будет оказывать всяческую поддержку в этой работе».

В рамках визита делегации Всемирного Банка и представителей Федерального фонда обязательного медицинского страхования в Кировскую область в Правительстве Кировской области прошло совещание на тему «Об эффективных способах оплаты в системе обязательного медицинского страхования».

В совещании приняли участие заместитель Председателя Федерального фонда ОМС И.В. Соколова, а также руководители территориальных фондов ОМС Липецкой, Томской, Самарской, Нижегородской областей, Удмуртской Республики и Республики Татарстан. Кировскую область представляли заместитель Председателя Правительства области Дмитрий Матвеев, директор Кировского областного ФОМС Наталья Куликова, специалисты департамента здравоохранения и главные врачи учреждений здравоохранения.

На встрече обсудили пилотный проект Федерального фонда ОМС по внедрению новых эффективных способов оплаты медицинской помощи.

Александр Кацага, консультант Всемирного Банка, рассказал о перспективах перехода к оплате стационарной помощи на основе клинико-статистических групп. КСГ – это классификация стационарных случаев в группы, клинически однородные и сходные по средней стоимости, структуре затрат и набору используемых клинических ресурсов. То есть если несколько лет назад стационары получали средства за «койко-дни» (количе-

ство дней, которые пациент пробыл в больнице), то по новому методу они будут получать средства за число законченных случаев лечения, причем каждый случай оплачивается по своему тарифу, в зависимости от того, к какой клинико-статистической группе он относится. Такой метод оплаты снижает число необоснованных госпитализаций, помогает сократить очереди на стационарное лечение, обеспечить необходимый уровень качества медицинской помощи. Данный способ оплаты в Кировской области уже частично используется на протяжении последних лет.

Что касается амбулаторно-поликлинического звена, то здесь Всемирный Банк предлагает систему подушевой оплаты первичной медико-санитарной помощи. В Кировской области этот способ уже начали внедрять с начала 2012 года. Если ранее поликлиники получали средства в зависимости от количества посещений, то теперь 80% средств поликлиника получает в соответствии с количеством населения, которое прикрепилось к ней для обслуживания, и 20% средств – за конкретные результаты работы (показатели заболеваемости и смертности прикрепленного населения).

Консультант Всемирного Банка Ольга Зюзь высоко оценила ту работу, которая уже проделана в Кировской области по переходу на новые, более эффективные методы оплаты медицинской помощи, отметив, что этот опыт будет полезен другим российским регионам.



На фото в первом ряду: Авксентьева Мария – консультант Всемирного банка, Зюзь Ольга – консультант Всемирного Банка, Железнякова И.А. – начальник отдела методологии тарифов и финансового взаимодействия в системе ОМС, Соболев А.А. – главный врач КОГБУЗ «Кировская городская клиническая больница №7» г. Кирова, Салахутдинова С.К. – специалист по вопросам здравоохранения Всемирного Банка, Гуффрида Антонио – старший экономист в области здравоохранения, руководитель проекта «Совершенствование системы оплаты медицинской помощи в отдельных регионах Российской Федерации: Кировская область, Липецкая область, Томская область», Кузнецова Галина – консультант Всемирного Банка

Липецкая область



На фото слева направо – начальник управления здравоохранения Липецкой области Л.И. Летникова, вице-губернатор, начальник управления финансов Липецкой области В.М. Щеглеватых, заместитель главы администрации Липецкой области Д.В. Мочалов, заместитель Председателя ФОМС С.А. Карчевская, директор ТФОМС Липецкой области О.В. Жилин, руководитель Контрольно-счетной палаты Липецкой области В.И. Бербенец

«Заместитель Председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования С.А. Карчевская:

«Работа по такому важному вопросу, как поиск способов оплаты медицинской помощи, ведется совместно с Всемирным Банком, обладающим наиболее прогрессивными навыками и результатами в исследованиях. Мы надеемся, что наше взаимное сотрудничество будет успешным».

Программа посещения представителей Всемирного Банка по вопросам здравоохранения включала в себя встречи с руководством Федерального и территориальных фондов ОМС, Управления здравоохранения, семинары по методам оплаты медицинской помощи, посещение поликлиники № 1 г. Липецка, областной клинической больницы и ЦРБ Грязинского района. Как отметил руководитель проекта, старший экономист в области здравоохранения Всемирного Банка Антонио Гуффрида, цель визита - помочь Федеральному фонду обязательного медицинского страхования в составлении общей методики оплаты медицинской помощи и региональным ТФОМС в доработке данного проекта с учетом местной специфики.

В администрации Липецкой области состоялось межрегиональное итоговое совещание Федерального фонда ОМС и Всемирного Банка по вопросу совершенствования механизма оплаты медицинской помощи в системе ОМС.

В работе совещания приняли участие представители ТФОМС шести регионов: Ярославского, Белгородского, Орловского, Калужского, Краснодарского и Владимирского, а также главные врачи, руководители экономических служб медицинских организаций и амбулаторно-поликлинического звена, специалисты управления здравоохранения и ТФОМС Липецкой области.

В приветственном слове заместитель главы администрации Липецкой области Д.В. Мочалов выразил уверенность,

что проект, реализуемый совместно с Всемирным Банком и Федеральным фондом ОМС, позволит увеличить эффективность использования ресурсов здравоохранения региона.

В рамках программы совещания руководитель делегации Антонио Гуффрида рассказал о задачах и этапах реализации проекта, подробно остановившись на международных тенденциях оплаты медицинской помощи. Консультант Всемирного Банка Александр Кацага познакомил с международным опытом формирования клинко-статистических групп, основных критериях группировки, обращая внимание на преимущества данной модели финансирования. Консультант Всемирного Банка Ольга Зюзь представила современные подходы к финансированию амбулаторной помощи. Завершая свое выступление, она поблагодарила специалистов Липецкой области за эффективное сотрудничество.

В завершении совещания С.А. Карчевская отметила:

- Очень важна высокая оценка работы территориального фонда и учреждений здравоохранения Липецкой области в целом. Федеральный фонд ОМС будет и впредь оказывать всевозможную поддержку в этом направлении. Надеемся на позитивные результаты, которые повлияют на внедрение эффективных способов оплаты медицинской помощи.



Участники совещания в большом зале администрации Липецкой области

Томская область

Экспертами Всемирного Банка организовано проведение обучающих семинаров для главных врачей томских больниц. 30 марта прошла заключительная встреча с участием Председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования А.В. Юрина.

Со следующего года вся Россия переходит на одноканальную систему оплаты медицинской помощи. Томск - один из регионов, где медицинские учреждения к этому уже готовы. Одноканальная система оплаты медицинской помощи действует в регионе с 2006 года. Основным позитивным итогом работы одноканального финанси-

рования медицинских организаций явилось обеспечение жесткой увязки объемов финансирования исходя из объемов оказания медицинских услуг в полном соответствии с принципом обязательного медицинского страхования – деньги следуют за пациентом.

Специалисты Всемирного Банка проведут анализ томской системы здравоохранения и подготовят предложения о новом эффективном распределении финансовых средств внутри больницы и повышении мотивирования медицинских работников к более качественной работе.

Томское здравоохранение: мнения экспертов



А.В. Юрин
Председатель ФОМС

«В Томске накоплен положительный опыт организации экономических механизмов в здравоохранении, и когда определялось, в каких субъектах Российской Федерации проводить дальнейшие исследования, для нас было бесспорно, что Томская область должна быть среди участников».



Джек Лангенбруннер,
ведущий экономист
Всемирного Банка

«Я был впечатлен уровнем медицинских учреждений, они современные, хорошо оснащенные и в них работают очень квалифицированные сотрудники. Мы с удовольствием будем работать с представителями томской системы здравоохранения по совершенствованию методов оплаты и управления медицинскими учреждениями».



М.А. Лукашов,
главный врач
городской
больницы № 3

«Мы плотно работали с экономистами три дня. Мне было интересно послушать, так как у них колоссальный опыт по реформированию здравоохранения разных стран – Восточной Европы и Казахстана. Этот опыт вполне можно было бы транслировать и на Томскую область. В частности, рассматривался вопрос по оплате работы стационара. Например, сейчас в хирургическом отделении получают деньги за вылеченного пациента. Сумма одна, независимо от того, насколько сложным было заболевание и на какой оно было стадии. По затратам, которые несет больница, это может быть колоссальная разница. Эксперты предлагают разграничить между собой затратные и малозатратные группы заболеваний, в результате чего стационар будет получать более дифференцированную оплату. На мой взгляд, это справедливый подход, так как больницы, которые выполняют более сложные операции, будут получать большие деньги».

Вопросы организации государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения обсуждены на круглом столе в Государственной Думе Российской Федерации

22 марта 2012 г.

Комитетом по охране здоровья Госдумы проведен круглый стол на тему: «Организация государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения».

Первый заместитель председателя Комитета по охране здоровья Т.В. Яковлева, открывая дискуссию, отметила: «Даже самая богатая страна не может содержать здравоохранение только за счет бюджета. Необходимы частные инвестиции». В числе причин, по которым государственно-частное партнерство в России развивается недостаточно активно, Т.В. Яковлева назвала несовершенство медицинского страхования, кадровые проблемы, высокие инвестиционные риски и нехватку правовой базы.

Представитель Министерства экономического развития С.Ю. Беляков уточнил, что частные инвестиции могут быть не только в виде денег, но и в виде качества услуг, новых технологий. Он также сообщил, что Министерство готовит пакет поправок в законодательство о государственно-частном партнерстве, задача которых - максимально расширить зону применения проектов.

«Сфера здравоохранения специфична, и эта специфика должна быть учтена, - отметил С.Ю.Беляков. - Важно создать условия, чтобы частный инвестор входил на этот потенциально доходный рынок. Ключевой вопрос - мотивация частного инвестора. Без рентабельности частный бизнес в этом секторе работать не будет».

Председатель Федерального фонда ОМС А.В. Юрин отметил, что при обсуждении темы государственно-частного партнерства, лекарственного страхования, не надо забывать о том, что ресурсы в отрасли всегда ограничены. Нужно понимать, что будущее за лекарственным страхованием и за совмещением сфер ДМС и ОМС.

Советник президиума РАМН С.И. Колесников указал на необходимость разработки и принятия программы развития государственно-частного партнерства, в которой были бы согласованы интересы частного бизнеса, государства, экспертного сообщества.

Председатель совета директоров ЗАО «Рикавери групп» В.О. Гурдус подсчитал: для того чтобы довести материально-техническую базу здравоохранения до средневропейского уровня, необходимо построить порядка 500 региональных больниц, потратить на реконструкцию свыше двух триллионов рублей. Если идти традиционным путем, это займет порядка 80 лет.

По словам В.О. Гурдуса, модель государственно-частного партнерства является одной из существенных моделей развития системы здравоохранения многих стран. В странах с развитой экономикой государственно-частное партнерство в области здравоохранения стоит на первом



месте из всех вариантов государственно-частного партнерства. Так, в Германии за 10 лет доля лечебных учреждений, управляемых частными компаниями, возросла с 4 до 22 процентов. «Это государственные учреждения, передаваемые в концессию или в управление частным инвесторам, которые проводят соответствующую реконструкцию», - пояснил он.

В России частные инвестиции придут в здравоохранение при условии, если будет обеспечен определенный возврат на вложенный капитал. «Это инвестиции не спекулятивного характера, а долгосрочные проекты на 20 и более лет. Но даже в двадцатилетней перспективе возврат на вложенный капитал должен быть адекватно обеспечен финансовой моделью развития такой системы», - сказал В.О. Гурдус.

Необходимо ввести адекватный тариф оплаты медицинской помощи, который будет включать не только простое воспроизводство оплаты зарплаты, налогов, но и возврат инвестиций. Без решения этой проблемы никакие инвестиции в здравоохранение не пойдут. Важно и дальше выравнять частные и государственные медицинские учреждения в вопросах реализации государственных программ, в том числе медицинского страхования и системы здравоохранения.

По итогам обсуждения Правительству Российской Федерации рекомендовано рассмотреть вопрос о разработке закона о государственно-частном партнерстве, Министерству финансов Российской Федерации - предложения по реформе налогового законодательства, стимулирующие приток инвестиций в социальную сферу. Кроме того, выработаны рекомендации Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Министерству экономического развития Российской Федерации, региональным органам законодательной и исполнительной власти.

Комитету Госдумы по охране здоровья рекомендовано создать экспертный совет по проблемам государственно-частного партнерства.

Заседание консультативного совета главных врачей по вопросам в сфере здравоохранения при Правительстве Воронежской области

22 февраля 2012 г.



Председатель ФОМС А.В. Юрин, Губернатор Воронежской области А.В. Гордеев, Первый заместитель Председателя Комитета по труду, социальной политике и делам ветеранов Государственной Думы Российской Федерации Г.Н. Карелова

« Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования А.В. Юрин:

«Воронежская область была названа в числе регионов, где успешно реализуется демографическая политика и программа модернизации здравоохранения, поэтому Правительством Российской Федерации было принято решение о выделении области дополнительного финансирования. И эти тенденции необходимо сохранить. Понятно, что это было бы невозможно без пристального внимания первого лица области к существующим проблемам. Благодарим губернатора А.В. Гордеева за такую активную деятельность!»

В Воронежской области достигнуты значительные успехи в реализации региональной программы модернизации здравоохранения, отмеченные Министром здравоохранения и социального развития Т.А. Голиковой в ходе совещания под руководством Председателя Правительства Российской Федерации В.В. Путина.

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования А.В. Юрин принял участие в заседании консультативного совета главных врачей региона, на котором обсудил с руководителями медицинских организаций федеральные законы «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также результаты работы по модернизации здравоохранения области.

А.В. Юрин информировал об основных изменениях в системе обеспечения населения бесплатной медицинской помощью, которые связаны со вступлением в силу Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Самым главным решением является увеличение тарифа страховых взносов на ОМС до 5,1%. Как результат – финансирование здравоохранения страны вырастет более чем на 200 миллиардов рублей. До конца текущего года эти средства будут получены регионами главным образом через программу модернизации.

На территории Российской Федерации введен страховой медицинский полис единого образца, который необходим для формирования единой информационной базы в системе обязательного медицинского страхования. Достоверные сведения о численности застрахованных и объемах предоставляемой им бесплатной медицинской помощи позволят избежать злоупотреблений в этой деятельности, а значит, рационально расходовать средства. В настоящее время выдано почти 15 миллионов таких полисов. В дальнейшем, как предполагается, документ может стать составляющей универсальной электронной карты.

Среди прогрессивных решений, выделяющих Воронежскую область на фоне остальных регионов, руководитель ФОМС отметил создание межрайонных центров оказания медицинской помощи населению.

В качестве важного аспекта в развитии системы здравоохранения, который будет активно реализовываться в регионе, губернатор А.В. Гордеев назвал поддержку молодых специалистов. Правительством страны уже принято решение о способе мотивирования выпускников медицинских вузов к работе в сельской местности – в этих

целях из федерального бюджета им будет выделяться по 1 миллиону рублей.

В рамках рабочего визита Председателем ФОМС А.В. Юриным, председателем Правления ТФОМС Воронежской области В.Б. Поповым, депутатом Государственной Думы Российской Федерации, первым заместителем пред-



Перинатальный центр БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница №1»

седателя Комитета по труду, социальной политике и делам ветеранов Г.Н. Кареловой проведен семинар-совещание на тему «Основные задачи реализации федерального законодательства об охране здоровья граждан и обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» с сотрудниками Территориального фонда обязательного медицинского страхования Воронежской области.

На совещании обсуждены вопросы по совершенствованию порядка формирования реестра экспертов качества медицинской помощи, по проблемам использования федеральных и региональных стандартов, о перспективах одноканального финансирования отрасли.

В программу визита также вошло посещение двух крупнейших региональных медицинских центров, созданных в рамках реализации на территории области приоритетного национального проекта «Здоровье» и региональной программы модернизации здравоохранения: перинатального и кардиологического. Осмотрены помещения центров, современное оборудование, которым располагает персонал. А.В. Юрин особо подчеркнул, что решение об интеграции областной больницы, перинатального и кардиологического центров в единый комплекс является абсолютно правильным и грамотным с точки зрения эффективности оказания медицинской помощи.

Медицинское страхование: синергия ДМС и ОМС

14 марта 2012 г.



Участники круглого стола

« Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования А.В. Юрин:

«Нам надо очень детально поработать над темой объединения обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования. Я бы рассматривал ее несколько шире. Рынок ДМС составляет около 80 млрд рублей, при этом 250 млрд рублей составляют платные услуги в здравоохранении. Обсуждая создание условий для объединения обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования, надо подумать, как поступать с платными услугами в здравоохранении. Необходимо определить и их место в обязательном медицинском страховании».

Состоялся круглый стол «Медицинское страхование: синергия ДМС и ОМС», организованный рейтинговым агентством «Эксперт РА». Главной темой круглого стола стала возможность объединения добровольного медицинского страхования и обязательного медицинского страхования.

В работе круглого стола принял участие Председатель ФОМС А.В. Юрин.

Синергия систем обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования существенно повысит прозрачность и эффективность финансирования здравоохранения. До недавнего времени эти системы существовали в абсолютно разных плоскостях. Реформа обязательного медицинского страхования, приведшая к ужесточению условий работы страховых медицинских организаций, стала отправной точкой для объединения бизнес-процессов компаний, занимающихся медицинским страхованием. Следующий логический шаг – создание совместных продуктов по ОМС и ДМС. Чтобы его сделать, нужны значительные изменения – на законодательном, финансовом и техническом уровнях. В противном случае ДМС так и будет дублировать обязательное медицинское страхование, а серые платежи останутся наиболее простым способом повысить качество личного медицинского обслуживания.

Реформу обязательного медицинского страхования не переживут до половины страховых медицинских организаций. В 2011 году произошло значительное ужесточение финансовых условий работы страховых медицинских организаций. Причины: жесткое ограничение норматива отчислений средств на ведение дела, недополучение доходов от инвестирования средств резервов ОМС и рост расходов (на ИТ, оборудование пунктов выдачи страховых полисов, оплату труда экспертов, штрафы). Остаться в этом бизнесе смогут лишь высокоэффективные компании. При этом небольшим компаниям будет тяжело конкурировать с крупными страховыми медицинскими организациями, имеющими дополнительные преимущества за счет «эффекта масштаба». До начала реформы на 1-е января 2010 года в системе ОМС работало 107 компаний. По оценкам «Эксперт РА», через 2 года в реестре субъектов страхового дела останется порядка 50-60 страховых медицинских организаций.

В новых условиях дополнительные конкурентные преимущества имеют страховые медицинские организации, занимающиеся ДМС (самостоятельно либо в рамках группы). Во-первых, бизнес по ДМС позволяет генерировать дополнительные финансовые потоки, которые можно

вкладывать в повышение эффективности деятельности и дальнейшее развитие. Во-вторых, страховые медицинские организации могут использовать инфраструктуру по ДМС как платформу для расширения бизнеса по ОМС. Так, компании могут экономить на открытии пунктов выдачи страховых полисов, используя филиальную сеть по ДМС.

Еще большей синергии страховые медицинские организации смогли бы добиться, оплачивая оказанную медицинскую помощь по двум счетам – по ОМС (базовую программу) и ДМС (дополнительные услуги). Однако в настоящий момент любые попытки соединить ДМС и ОМС являются нелегитимными. Необходимые условия синергии ОМС и ДМС:

- На законодательном уровне - определение места ДМС в системе финансирования здравоохранения (поправки в закон об ОМС или отдельный закон, регламентирующий ДМС).

- На финансовом уровне - переход на одноканальное финансирование и полный тариф оплаты медицинской помощи (не ранее 2014 года).

- На техническом уровне - создание единой электронной базы данных и совершенствование учета в медицинских организациях.

Объединение ОМС и ДМС приведет к объективному снижению стоимости полиса ДМС. Значительные изменения претерпит продуктовая линейка медицинских страховщиков. Будут создаваться коробочные продукты, сочетающие ДМС и ОМС, продукты ДМС с высокой сервисной составляющей, рисковое ДМС. Продуктовые инновации станут существенным стимулом роста спроса на ДМС и увеличения числа застрахованных по программам ДМС.

Цена вопроса: в 2014 году объем рынка ДМС достигнет 140 млрд. рублей, а размер расходов ФОМС на здравоохранение составит 1 188 млрд. рублей. В 2011 году объем рынка медицинского страхования составил 700 млрд. рублей (95 млрд. рублей по ДМС и 604 млрд. рублей по ОМС). За 2011 год по сравнению с 2010 годом рынок ДМС увеличился на 13,3%, рынок ОМС – на 24,3%. При этом рост взносов по ДМС происходит не за счет увеличения страхового поля, а за счет роста стоимости услуг медицинских организаций. Порядка 95% рынка ДМС составляют корпоративные программы. Розничный сегмент рынка ДМС в 2011 году показал отрицательные темпы прироста. Минимальная рисковая составляющая, ухудшающий отбор и связанная с этим высокая стоимость страхового полиса делают розничное ДМС невыгодным как для страхователей, так и для страховщиков.

III Форум регионов России «Институты модернизации»

13 марта 2012 г.



Участники совещания в зале заседания

Организаторами Форума выступили Комиссия при Президенте Российской Федерации по модернизации и технологическому развитию экономики России и компания TalkSquare. В мероприятии приняли участие представители 67 субъектов РФ, федеральных институтов развития и инновационного сообщества.

Центральным событием Форума стала обзорная сессия «Институты развития на региональном уровне», которая была посвящена взаимодействию региональных и федеральных властей с точки зрения распределения полномочий, способствующих полноценному развитию субъектов, их самостоятельных проектов и программ модернизации.

Модератор сессии, руководитель Консультативной рабочей группы Комиссии при Президенте Российской Федерации по модернизации России Александр Аузан отметил необходимость повсеместного обновления государственных институтов и создания условий для

успешного процесса инвестирования в экономику регионов.

Виктор Толоконский, полномочный представитель Президента РФ в Сибирском Федеральном округе, заявил о необходимости содействия властей всех уровней информационному процессу пропаганды модернизации, чтобы отработать подходы к формированию современных методов управления в регионах для достижения максимального возможного модернизационного эффекта. Также важным моментом, по мнению полпреда, является точное формулирование конкретных задач федерального и регионального центров, четкое определение полномочий каждого звена и построение современной системы управления, без противопоставления вектора развития.

В продолжении дискуссии генеральный директор ОАО «Российская венчурная компания» Игорь Агамирзян обратил внимание участников Форума на то, что

региональные полномочия – это чрезвычайно важная часть развития государства. По его словам, они должны быть реализованы через привлечение финансового, социального и человеческого капитала, посредством здоровой конкуренции на местах. Именно в конкуренции рождается инвестиционный прорыв. Генеральный директор ОАО «РВК» высказал мнение: «Конкуренция приведет к наращиванию потенциала. Высокие технологии в любом случае являются насущной потребностью инвестиций любого рода. Соответственно, нет ничего удивительного в том, что весь срок президентства Дмитрия Медведева прошел под знаком модернизации экономики страны, как необходимого шага для повышения общей конкурентоспособности России».

Эксперты обзорной сессии считают, что на пути модернизации Российскую Федерацию ожидает масса сложностей. Заместитель Председателя Внешэкономбанка Сергей Васильев в своем выступлении сделал акцент на том, что на определенном этапе большая часть рабочих проектов останавливается по причине того, что в регионах их просто не могут квалифицированно подготовить и обеспечить. «Основной задачей государства и бизнеса в этой связи является создание кредитных возможностей на местах, ключевой проблемой чего является вопрос об источниках инвестирования. Внешэкономбанк в России работает в рамках докризисных идей – это помогает развитию процесса, но при этом чрезвычайно высоки валютные риски. Соответственно, актуальным становится использование в регионах бюджетных средств, которые должны работать с максимальной отдачей», – отметил зампред Внешэкономбанка.

Директор по инновационному развитию, член правления ОАО «РОСНАНО» Юрий Удальцов пояснил, что схема взаимоотношений государства с региональными проектами в первую очередь должна являться реалистичной. Прежде всего, необходимо определиться с приоритетами, а не только искать возможность финансового содействия. Проблема регионов в этой связи более масштабна – проекты требуют площадок и потенциала, а проблема кадров в России с годами становится все острее. Совершенно очевидно, что прежде, чем думать о привлечении финансов, региональные власти должны позаботиться о воспитании собственных специалистов. Удальцов подчеркнул: «Все модернизационные институты должны соответствовать позиционированию региона». Отсутствие полноценных ресурсов, таким образом, становится проблемой федерального руководства, на котором лежит задача скорейшей реализации Стратегии «Инновационная Россия-2020».

Никита Белых, губернатор Кировской области, добавил, что нужно уделять внимание не только технологической стороне процесса. По его словам, «модернизация в условиях патерналистского общества – штука сложная. Можно получить не тот результат, который

ожидаешь. Модернизация – это, прежде всего, процесс осознания обществом самих себя». Нужно избегать соблазна перевешивать на власть все общественные проблемы. Развитие – это вопрос не только федерального и регионального уровня, а каждого конкретного человека. Губернатор заявил, что самая главная часть модернизации общества – это сознание людей, так как «если мы будем сводить все к конкуренции кошельков, регионы всегда будут проигрывать». «Главное в данном процессе – позволить обществу быть не менеджерами, а акционерами процесса», – отметил губернатор Кировской области.

Заместитель Министра экономического развития РФ Олег Фомичев обозначил критерии отбора региональных проектов, которые будут поддерживаться федеральным центром. Такими параметрами являются: научно-технический и образовательный потенциал, производственный потенциал, развитие инфраструктуры и уровень организационного развития кластера. Синергический эффект станет одним из важнейших факторов отбора.

Во время дискуссии Вице-президент Фонда «Сколково» Станислав Наумов отметил необходимость развития взаимовыгодных форм некоммерческого партнерства фонда и регионов, упомянув соглашение такого рода с Кировской областью.

Андрей Арофикин, управляющий директор московского офиса Merrill Lynch, добавил, что «с точки зрения оценки рейтинга региона более всего интересен показатель генерации нового бизнеса, регистрация новых предпринимателей». Только тогда можно будет говорить об инвестиционной привлекательности конкретного субъекта в РФ. В будущем, возможно, предприниматели получат венчурный капитал и повысят уровень взаимодействия с властями и банками, которые станут работать в условиях высоких рисков. Экономика страны будет идти в ногу с современными мировыми требованиями при наличии продуманных программ и стратегий.

Заканчивая центральную обзорную сессию, исполнительный директор «Ассоциации инновационных регионов России» Иван Бортник рассказал аудитории о том, что в связи с совершенствованием методологии учёта инновационной деятельности на уровне регионов (в отличие от межстранового рейтингования) при межрегиональном рейтинговании сравниваются не отдельные регионы, а группы регионов. Обычно это пять групп – от инновационных субъектов до субъектов, которые только начали путь к становлению инновационных процессов на своей территории. Подводя итог всему вышесказанному, спикер отметил: «Любая система измерения необходима для управления, и именно поэтому принятая недавно Стратегия-2020 может быть использована как инструмент для оценок и измерений всех инновационных процессов, происходящих в обществе».

Работу III Форума регионов России «Институты модернизации» продолжили профильные сессии.

Особый интерес среди участников Форума вызвали экспертные дебаты «Что стоит за медициной будущего?». Актуальность данной дискуссии очевидна, так как состояние российского здравоохранения требует определение путей развития отрасли в будущем и согласованности действий всех субъектов медицинской системы: представителей государственной власти, научного и делового сообществ, а также врачей-специалистов.

Первый заместитель Председателя Комитета Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации по социальной политике Лариса Пономарева выступила модератором экспертных дебатов и уделила особое внимание региональному своеобразию подходов к инновационному планированию и модернизационной политике.

Вероника Скворцова, заместитель Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации, отметила высокий уровень и актуальность проведения Форума. Она обозначила задачи, решения которых стимулирует инновационный вектор развития медицины:

разработка четкого плана достройки инновационной медицинской платформы, создание инфраструктуры (центры инновационных медицинских исследований, клиники трансляционной медицины), усовершенствование нормативной, законотворческой базы биомедицинских технологий, улучшение материальной базы (ввоз биологического материала для исследований).

Председатель ФОМС А.В. Юрин отметил, что в системе обязательного медицинского страхования за 5 лет с 2005 по 2010-й год объем инвестируемых средств увеличился в 2,3 раза до 525 миллиардов рублей в 2010 году. До 2015 года, то есть еще за 5 лет они увеличатся еще в 2,6 раза до 1 триллиона 406 миллиардов рублей. Эти темпы превосходят темп роста ВВП в Российской Федерации за аналогичный период: 30 процентных пунктов за первую пятилетку и практически на 90 процентных пунктов за вторую пятилетку. С учетом средств бюджета субъектов Российской Федерации, бюджета Федерального фонда ОМС система дополнительно получает еще более 100 миллионов рублей ежегодно, и в целом система здравоохранения будет обеспечена к 2015 году ресурсами в объеме около 2,4 триллиона рублей.

Рабочая встреча заместителя Председателя ФОМС С.А. Карчевской с губернатором Брянской области Н.В. Дениным

5 марта 2012 г.



Рабочая встреча заместителя Председателя ФОМС С.А. Карчевской с губернатором Брянской области Н.В. Дениным. На встрече присутствовали (слева направо): заместитель губернатора А.Н. Макаров, губернатор области Н.В. Денин, заместитель губернатора - начальник финансового управления области Е.И. Локтикова, заместитель Председателя ФОМС С.А. Карчевская

«Заместитель Председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования С.А. Карчевская:

«Благодаря проводимой в Брянской области модернизации здравоохранения, постепенно меняются настроения людей. Чаще пациенты говорят о повышении качества обслуживания, а врачи отмечают рост заработной платы».

Губернатор Н.В. Денин встретился с заместителем Председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования С.А. Карчевской. Во встрече участвовали также заместители губернатора Е.И. Локтикова и А.Н. Макаров.

С.А. Карчевская посетила лечебные учреждения, в частности, кардиодиспансер и поликлинику № 4, встретила с медиками, специалистами Брянского территориального фонда ОМС и пациентами.

Губернатор Н.В. Денин отметил: «Мы намерены отремонтировать практически одновременно 106 учреждений. Это непросто, но мы делаем всё, чтобы справиться. Зарплата врачей уже сегодня выше, чем в среднем в экономике региона. К слову, поставлена задача поднять минимальную «планку» зарплат бюджетников хотя бы до 7 тысяч рублей. Будем этим обязательно заниматься, не откладывая. Областная власть понимает, что необ-

ходимо развивать сельскую медицину. Поэтому сегодня выделяем деньги на ремонт и оснащение фельдшерско-акушерских пунктов».

«Федеральные власти обеспокоены ситуацией, складывающейся с кадрами на местах. Медицинских кадров не хватает. Будем оказывать финансовую помощь приезжающим на село», – сообщила заместитель Председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования. В свою очередь, губернатор заверил, что регион готов поддерживать врачей социально – прежде всего, через предоставление им жилья.

С.А. Карчевская отметила также, что Брянская область находится в лидерах по модернизации здравоохранения: «Примечательно, что основную работу по капитальному ремонту учреждений вы постарались сделать уже в первый год, хотя деньги выделяются на два. Успехов вам и вашим коллегам!»

Новые кадровые назначения

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Калужской области



Азарова Наталья Николаевна назначена на должность Директора территориального фонда обязательного медицинского страхования Калужской области на основании постановления Правительства Калужской области от 10 января 2012 г. № 1.

Образование – высшее, в 1981 г. закончила Всесоюзный заочный финансово-экономический институт. Специальность «Планирование народного хозяйства», квалификация «Экономист». С 1977 по 1991 гг. – работа экономистом в Калужском научно-исследовательском институте телемеханических устройств. С 1991 по 1993 гг. – заместитель главного врача по экономике в Калужской городской больнице № 5. С 1993 по 1996 гг. – начальник Планово-экономического отдела Управления здравоохранения Администрации Калужской области. С 1996 по 2001 гг. – заместитель директора филиала по экономике Калужского областного фонда обязательного медицинского страхования, Калужский городской филиал. С 2001 по 2004 гг. – директор Калуж-

ского областного фонда обязательного медицинского страхования, Калужский городской филиал. С 2004 по 2007 гг. – начальник Управления экономического анализа и прогнозирования Калужского областного фонда обязательного медицинского страхования. С 2007 по 2011 гг. – заместитель исполнительного директора по экономике Калужского областного фонда обязательного медицинского страхования.

Азарова Н.Н. награждена Почетной грамотой губернатора Калужской области, Почетной грамотой Калужского областного фонда обязательного медицинского страхования, почетными грамотами Министерства здравоохранения и социального развития Калужской области.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Орловской области



Жукова Инесса Львовна назначена на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Орловской области распоряжением Правительства Орловской области от 28 октября 2011 г. № 56-рк.

Жукова И.Л. родилась 5 июля 1966 г. Образование высшее. В 1990 г. окончила 1-й ММИ им. И.М. Сеченова, по специальности «Лечебное дело». В 1998 г. окончила аспирантуру РГМУ им. Н.И. Пирогова, к.м.н. В 1999 г. прошла профессиональную переподготовку в Высшей школе международного бизнеса Академии народного хозяйства при Правительстве Российской Федерации по федеральной программе подготовки управленческих кадров «Менеджмент - международный бизнес».

В 2001 г. прошла обучение в Высшей школе международного бизнеса Академии народного хозяйства при Правительстве Российской Федерации по программе «МВА: профессиональная специализация – стратегический менеджмент». 1992–1993 гг. – врач-уролог в урологической клинике ММА им. И.М. Сеченова. 1993–1996 гг. – врач-уролог в Республиканском центре репродукции человека и планирования семьи МЗ РФ. 1996–1997 гг. – врач-уролог в поликлинике № 2 Московского лечебно-санаторного объединения. 1997–2001 гг. – врач-уролог ГП «Республиканский центр репродукции человека и планирования семьи МЗ РФ». 2001–2006 гг. – заместитель директора по лечебной работе Филиала № 1 «Семейная клиника» ЗАО «Компания Медэкспресс». 2006 – 2007 гг. – заместитель Генерального директора по лечебной работе ЗАО «Компания Медэкспресс». 2007–2009 гг. – исполнительный директор медицинского комплекса ЗАО «Группа компаний «Медси». 2009 г. – медицинский директор ЗАО «Группа компаний «Медси». 2011 г. – президент НП «Национальная коллегия экспертов в области здравоохранения».

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Саратовской области



Саухин Андрей Николаевич назначен на должность Директора территориального фонда обязательного медицинского страхования Саратовской области на основании постановления Правительства Саратовской области от 18 апреля 2012 г. №185-П.

Саухин А.Н. родился 6 июня 1975 г. Образование высшее. В 1999 г. окончил Саратовский государственный социально-экономический университет по специальности «Экономист». В 2003 г. окончил Саратовскую государственную академию права по специальности «Юрист».

В 1998 г. – экономист ОАО «Мост-банк» г. Саратова.

С 1999 по 2001 гг. – инспектор Государственной налоговой инспекции по Фрунзенскому району г. Саратова. С 2001 по 2001 гг. – ассистент аудитора ООО аудиторской фирмы «Южный ветер» г. Саратова. С 2002 по 2003 гг. – главный бухгалтер ООО «ВЭСТА» г. Саратова.

В 2004 г. – главный бухгалтер ООО «Митра» г. Саратова. С 2003 по 2006 гг. – заместитель главного врача по лечебной работе детской поликлиники № 2, г.Ставрополя. С 2005 по 2008 гг. – главный бухгалтер Управления Федеральной службы по ветеринарному и фитосанитарному надзору Саратовской области. С 2008 по 2012 гг. – председатель Счетной палаты Саратовской области.

Ставропольский краевой фонд обязательного медицинского страхования



Скорик Ирина Михайловна назначена на должность Директора территориального фонда обязательного медицинского страхования Ставропольского края распоряжением Правительства Ставропольского края от 10 января 2012 г. №4-рп.

Скорик И.М. родилась 3 ноября 1962 г. Образование высшее. В 1985 г. окончила Ставропольский государственный медицинский институт по специальности «Врач-педиатр». С 1985 по 1986 гг. – врач-интерн Чечено-Ингушской Республиканской больницы. С 1986 по 1988 гг. – врач-педиатр Сунженской райбольницы Чечено-Ингушской Автономной ССР. С 1989 по 1993 гг. – участковый педиатр детской поликлиники г. Ставрополя. С 1993 по 2003 гг. – заведующая первым педиатрическим отделением детской поликлиники № 2 г. Ставрополя. С 2003 по 2006 гг. – заместитель главного врача по лечебной работе детской поликлиники № 2 г.Ставрополя.

С 2006 по 2008 гг. – главный врач муниципального учреждения здравоохранения городской детской поликлиники г. Ставрополя.

С 2008 по 2009 гг. – заместитель министра – начальник отдела медицинских проблем материнства и детства Министерства здравоохранения Ставропольского края.

С 2009 по 2012 гг. – заместитель министра здравоохранения Ставропольского края.



В «РИА Новости» состоялась пресс-конференция на тему «Полис ОМС в частных клиниках: дополнительные возможности или проблемы?»

9 апреля 2012 г.



Фото: РИА НОВОСТИ

Государственные медучреждения должны составить конкуренцию частным

1200 частных и ведомственных медучреждений начали обслуживать россиян бесплатно, по медицинскому полису, войдя в этом году в систему обязательного медицинского страхования.

Всего же в системе работают порядка 9 тысяч больниц и поликлиник.

В прошлом году негосударственных медучреждений, начавших лечить по полису, было 734, в позапрошлом - 623. И в дальнейшем их число будет расти. Сегодня большинство клиник, вошедших в обязательное медицинское страхование, стоматологические.

Адреса и телефоны всех медучреждений, обслужива-

ющих по полисам, можно найти на сайтах Федерального и территориальных фондов ОМС.

Законодательная база, открывающая двери в государственное здравоохранение частнику, была создана больше года назад с принятием нового закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Но особой активности по вступлению негосударственных медучреждений в систему до сих пор не наблюдалось. Это происходило по нескольким причинам.

Во-первых, тарифы на медицинские услуги не особенно высокие и неполные (из средств обязательного медицинского страхования оплачивается зарплата медработника, начисление на зарплату, медикаменты, расходные материалы и питание больных). Все остальное оплачивают бюджеты разных уровней.

Дороже здоровья

В этой ситуации негосударственным медицинским учреждениям невыгодно лечить людей, а получать за это лишь частичную компенсацию понесенных расходов.

Во-вторых, медучреждения, согласные даже на такие не очень выгодные материальные условия, не всегда могут «пробиться» в обязательное медицинское страхование через заслоны, выставляемые властями на местах. И это тоже понятно: если, например, на территории две клиники - муниципальная и ведомственная, то если разрешить второй лечить людей по полису, первая останется без пациентов, а значит, и без денег, поскольку количество вторых прямо пропорционально наличию первых. Люди же при возможности стараются выбирать негосударственные медучреждения, поскольку на протяжении многих лет они были гораздо лучше оснащены.

Но сейчас ситуация меняется. Со следующего года система переходит на одноканальное финансирование. Это значит, что средства, которые раньше перечислялись регионами и муниципалитетами напрямую больницам - на тот же ремонт и транспорт, - будут аккумулироваться в фонде ОМС. И в медучреждение будут поступать в виде полного тарифа, то есть в нем будут учитываться не пять статей расходов, как сейчас, а все потребности и расходы. А это уже гораздо более выгодные условия для вступления «частников» в систему обязательного медицинского страхования.

Кроме того, наполненность тарифа со временем будет более высокой. Это связано с тем, что средства, которые сейчас поступают от работодателей и расходуются на модернизацию здравоохранения, со следующего года будут направлены на выполнение базовой программы ОМС. А это значит, бюджет фонда будет прибавлять 220-230 миллиардов рублей ежегодно. Плюс правительство обязало регионы платить взносы за неработающее население в определенном объеме. До этого года каждый субъект перечислял столько денег, сколько считал нужным.

Сейчас есть четкая формула - сколько положено платить. Но так как для многих регионов это повлечет серьезное увеличение бюджетных расходов, то и повышение тарифа для них будет проходить поэтапно и достигнет своего апогея к 2015 году.

«Сейчас в регионы перечисляются средства на лечение людей из расчета - примерно 4 тысячи рублей на одного человека, к 2015 году тариф вырастет до 10 тысяч рублей. Но это не значит, что лечение одного человека стоит 4 тысячи. За каждого медучреждению платят столько, сколько реально стоит его лечение», - пояснил Андрей Юрин.

Но понятно, что к 2015 году денег на здравоохранение будет тратиться больше, чем выделяется сейчас.

Что касается конкуренции между медучреждениями, то она, безусловно, обострится, поскольку в рамках программы модернизации многие государственные и муниципальные больницы переоснащаются. Врачам в них поднимается зарплата. Значит и качество лечения должно стать лучше. И по прогнозам экспертов, уже через несколько лет между частными и государственными медучреждениями развернется война за пациента.

При этом на модернизацию здравоохранения в 2011-2012 годах будет потрачено 620 миллиардов рублей. На эти деньги отремонтируют 3,6 тысячи больниц и поликлиник, в 5,2 тысячи ЛПУ закупят медоборудование (35-36 единиц на одно учреждение). В большинстве регионов будут приобретены современно оснащенные автомобили «скорой помощи».

Справка «РГ»

В 2011 году расходы на базовую программу обязательного медицинского страхования составили 581 миллиард рублей, а в 2015 году они составят 1,4 триллиона рублей.

*Российская газета – Московский выпуск,
Газета, Москва, Марина Грицюк, 09-04-2012*

УДК 614.2

Новый закон начал работать на застрахованное лицо

С.А. Карчевская

Федеральный фонд

обязательного медицинского страхования



С.А. Карчевская,
заместитель Председателя
Федерального фонда ОМС

Резюме

С 1 января 2011 года граждане получили реальное право выбора страховой медицинской организации и ежегодной ее замены. С 1 мая введен в обращение полис обязательного медицинского страхования, которым обеспечено 12 миллионов человек. Итоги 2011 года свидетельствуют, что новый Закон начал работать на застрахованное лицо, формируются стимулы деятельности медицинских учреждений и страховых медицинских организаций. 2011 – 2012 годы – это, по сути, модернизация здравоохранения, поскольку ремонтируются здания, оснащаются современным оборудованием и дается возможность врачам пройти необходимую подготовку, чтобы предоставить населению медицинскую помощь надлежащего качества.

Работа Фонда будет направлена на подготовку перехода всех участников системы на одноканальное финансирование медицинских организаций через систему обязательного медицинского страхования и переход на оплату медицинской помощи по полному тарифу.

Ключевые слова: свободный выбор страховой медицинской организации, застрахованное лицо, модернизация здравоохранения, единая база застрахованных граждан, рейтинг страховых медицинских организаций, передача расходных полномочий в сфере здравоохранения, защита прав граждан, одноканальное финансирование медицинских организаций.

Abstract

A new Law has started to work for an insured person

S.A. Karchevskaya

The Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance

Citizens have received a real right to choose medical insurance organization and to substitute it annually since January 1, 2011. A policy of obligatory medical insurance with security for 12 million individuals has been put into circulation since May 1, 2011. Results of the year 2011 are evidence that the new Law has started to work for insured person, stimuli in activity of medical institutions and medical insurance organizations are formed. The period between 2011 and 2012, in point of fact, it is a modernization of public health service, because buildings are repairing, are equipping with up-to-date devices and physicians receive a possibility to take a necessary training for rendering of appropriate qualitative medical care for population.

The Foundation activity will be directed at a preparation of transition for all participants of the system to a one-channel financing of medical organizations through the system of obligatory medical insurance and a transition to a payment for medical care in a complete rate.

Key words: a free choice of medical insurance organization, an insured person, modernization of public health service, united database of insured citizens, rating of medical insurance organizations, transfer of expense authorities in the field of public health, advocacy of citizens rights, one-channel financing of medical organizations.

Завершился первый этап реализации нового закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

В 2011 году внедрялись новые подходы к оказанию медицинской помощи, новые принципы финансового обеспечения системы обязательного медицинского страхования. С 2012 года разграничены полномочия Российской Федерации и органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, а с 2013 года предусматривается переход на одноканальное финансирование медицинских организаций за счет обязательного медицинского страхования по полному тарифу (за исключением капитального ремонта и дорогостоящего оборудования) с включением в систему с 2015 года высокотехнологичной медицинской помощи.

С 1 января 2011 года граждане получили реальное право свободного выбора страховой медицинской организации и ежегодной ее замены, что усиливает конкуренцию среди страховых медицинских организаций на страховом поле за застрахованное лицо. С 1 мая введен в обращение новый полис обязательного медицинского страхования, которым обеспечено 12 миллионов человек. В основном они выданы новорожденным детям, а также гражданам, изменившим фамилию, имя, отчество, страховую организацию. При этом полис обязательного медицинского страхования старого образца остается действующим до 1 января 2014 года.

В 2011 году увеличилось число медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования. Если в 2010 году их было 8162, в 2011-м — 8252, то в 2012-м заявлено 8543. Данная тенденция характеризует повышение качества и доступности оказания медицинской помощи, поскольку усиливается конкуренция за пациента, имеющего полис на оплату медицинской помощи. Расширяются и возможности выбора медицинского учреждения для застрахованных граждан, декларативность которого ликвидируется в связи с принятием в конце 2011 года Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Важным решением является принятие Федерального закона № 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения». Система обязательного медицинского страхования является замкнутой, ее финансовое обеспечение базируется только на страховых взносах за население. И если размер страховых взносов за работающее население всегда был законодательно определен, то размер взносов за неработающее население определялся приоритетами бюджетной политики, то есть каждым регионом самостоятельно. Реализация закона увеличит финансовый ресурс системы обязательного медицинского страхования к 2015 году на 300 миллиардов рублей.

Особое значение для перехода на одноканальное финансирование имеет такой масштабный проект, как ре-

ализация региональных программ модернизации в 2011 и 2012 годах, направленный на обновление материальной базы медицинских учреждений, решение кадровых проблем, внедрение информационных технологий и стандартов оказания медицинской помощи. Таким образом, период реализации программных мероприятий является переходным периодом для всей отрасли в целом и направлен на повышение материально-технического уровня и кадрового обеспечения, необходимого для внедрения с 2013 года современных стандартов и порядков оказания медицинской помощи.

Все сказанное свидетельствует о том, что новый закон начал работать на застрахованное лицо, формируются стимулы деятельности медицинских учреждений и страховых медицинских организаций в зависимости от того, насколько человек удовлетворен качеством и доступностью медицинской помощи. Но решить задачу обеспечения гарантий застрахованным лицам по оказанию базового объема медицинской помощи на основе единых порядков и стандартов медицинской помощи нам предстоит в самые ближайшие годы.

Внедрение нового закона совпало с реализацией программ модернизации здравоохранения

Реализация региональных программ модернизации здравоохранения — это важнейшая часть реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования, основа для развития здравоохранения в последующие годы. Дефицит система испытывала много лет. Дифференциация в подушевом нормативе финансирования между регионами достигала 25 раз! Необходимо выравнять существующие диспропорции для обеспечения гражданам гарантий на оказание определенного базового объема и качества медицинской помощи независимо от их места проживания. Это возможно за счет организации медицинской помощи в соответствии с едиными порядками ее оказания, обязательными для исполнения всеми медицинскими организациями страны, а также на основе стандартов медицинской помощи.

Всего на реализацию программ предусмотрено 620 миллиардов рублей, в том числе 460 миллиардов рублей — средства бюджета Фонда, остальные — средства регионов. Мероприятия программы реализуются в соответствии с планами-графиками. В отношении конкретных результатов отмечу, что оплата работ по строительству (ремонту), закупке оборудования осуществляется по факту выполненных работ и по графикам в основном приходится на ноябрь-декабрь 2011 года, поэтому объективная оценка итогов первого года реализации программ будет дана позже по результатам отчетности. Но основным итогом реализации программ должно быть улучшение качества и доступности медицинской помо-

Образец полиса обязательного медицинского страхования



Принципиальные отличия полисов нового образца

- На их базе будет создан **федеральный реестр застрахованных лиц**
- Единый полис гарантированно позволит человеку обратиться за медпомощью **в любой точке страны**, а не только по месту жительства
- **Начало выдачи полисов нового образца: 1 мая 2011 г.**
- **Окончание срока действия полисов старого образца: 1 января 2014 г.**



Где можно получить полис нового образца

В любой страховой, индивидуальной государственной или муниципальной организации, выдающей полисы ОМС (индивидуальному застрахованному).

Полисы нового образца в первую очередь выдаются

- Не застрахованным ранее по ОМС и не имеющим полиса
- Новорожденным
- При изменении фамилии, имени, отчества, места рождения, даты рождения
- При изменении места жительства, если по новому адресу отсутствует страховая медицинская организация, выдавшая полис ОМС ранее
- При установлении неточности или ошибочных сведений, содержащихся в действующем полисе ОМС

щи, то есть снижение смертности и заболеваемости, повышение рождаемости в стране.

Для достижения этого в 3,6 тысячи лечебных учреждений предусмотрено проведение ремонта, для 5,2 тысячи лечебных учреждений — закупка около 200 тысяч единиц оборудования, в том числе 500 единиц дорогостоящего. Важнейшим показателем является повышение заработной платы медицинских работников. Выплаты коснутся 240 тысяч врачей — специалистов и среднего медицинского персонала, что позволит привлечь их в амбулаторное звено и повысить доступность медицинской помощи. На указанные цели Фондом в 2011 году уже перечислено 190 миллиардов рублей.

Идет процесс создания единой базы застрахованных граждан

Единая база застрахованных граждан создается с 1 мая 2011 года, то есть со дня начала выдачи гражданам полиса единого образца, основной целью которого является исключение «дублирования» страхования граждан, а также отказов застрахованным гражданам в получении бесплатной медицинской помощи вне региона страхования. База используется для создания системы персонализированного учета, направленного на повышение эффективности функционирования самой системы обязательного медицинского страхования, поскольку позволит осуществлять постоянный контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования, определять качественные и количественные характеристики потребности населения в медицинской помощи.

В ежедневной работе Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов по актуализации региональных сегментов единого регистра застрахованных иногда возникают рабочие ситуации, которые оперативно решаются во взаимодействии с Пенсионным фондом РФ и органами ЗАГСов. В дальнейшем работа будет продолжена в направлении оптимизации процедур обеспечения граждан полисами обязательного медицинского страхования в случае необходимости, включая сроки и способы их получения с помощью современных информационно-коммуникационных технологий.

Общий тренд – сокращение количества страховых медицинских организаций

Нормы нового закона обеспечивают реальную конкуренцию между страховыми медицинскими организациями за застрахованных граждан, имеющих полис обязательного медицинского страхования — «чекovou книжку» за предоставляемую медицинскую помощь. С 1 января 2011 года страховая медицинская организация должна взаимодействовать с гражданами и доказывать, что она нужна конкретному гражданину в качестве его «адвоката». Это важный стимул для страховой медицинской организации быстро и профессионально работать с каждым обращением граждан, с каждой жалобой, обеспечивая при этом современный уровень инфраструктуры связи (СМС-оповещение, e-mail, максимально удобные для населения графики работы, доставка полисов на дом лицам с ограниченными возможностями, консультирование в круглосуточном режиме по многоканальной телефонии и т. д.).

На 1 января 2011 года в сфере обязательного медицинского страхования осуществляли деятельность 95 страховых медицинских организаций, а за истекший год их количество сократилось до 89. По нашим оценкам, через два года их число сократится до 60, так что монополизации не будет. Уход с рынка тех, кто не может обеспечить работу по улучшению качества и доступности медицинской помощи, на высоком уровне выполнять полномочия, возложенные законодательством по защите прав граждан в сфере обязательного медицинского страхования, сыграет позитивную роль, так как на нем останутся только надежные компании, имеющие значительные финансовые ресурсы для защиты интересов граждан.

Конкуренция среди страховых медицинских организаций за потенциального пациента еще более усилится, так как по окончании реализации региональных программ модернизации финансовые ресурсы обязательного медицинского страхования увеличатся с 547 миллиардов рублей в 2011 году до 1,4 триллиона рублей к 2015 году. При законодательно установленном нормативе расходов на ведение дела для страховой медицинской организа-

ции в размере от 1 до 2 процентов от объема полученных средств по обязательному медицинскому страхованию финансовая заинтересованность страховых медицинских организаций будет также расти.

В целях информирования застрахованных лиц о работе страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, Фондом утвержден приказ от 26 декабря 2011 г. № 243 «Об оценке деятельности страховых медицинских организаций», в соответствии с которым Фонд будет производить ежеквартальную оценку деятельности страховых медицинских организаций (филиалов) по каждому из 14 показателей в разрезе регионов и страховых медицинских организаций, а также ежеквартально размещать полученную информацию на своем официальном сайте www.ffoms.ru в Интернете.

Разумеется, не следует ожидать, что оценка будет сформулирована как «хорошая страховая» или «плохая страховая». Но граждане смогут самостоятельно оценить деятельность выбираемой страховой медицинской организации, сравнивая показатели ее работы с другими страховыми организациями, работающими на территории региона. В настоящее время на сайте размещен рейтинг страховых медицинских организаций по результатам работы за девять месяцев 2011 года.

Оценка работы территориальных фондов ОМС

Территориальные фонды осуществляют 18 полномочий страховщика, включая аккумуляцию средств обязательного медицинского страхования и управление этими средствами, осуществление финансового обеспечения

реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования, обеспечение финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования в регионе, а также защиту прав граждан в данной сфере. Но когда мы говорим об оценке работы территориальных фондов, все-таки для нас в большей степени важна оценка эффективности системы обязательного медицинского страхования в регионе. А в этом случае должна учитываться работа страховой медицинской организации и медицинских организаций как участников системы ОМС.

Такую «рабочую» оценку мы осуществляем ежегодно по следующим направлениям: качество управления, обеспечение финансовой устойчивости, защита прав застрахованных, организация оплаты медицинской помощи и эффективность использования средств, направленных на улучшение показателей здоровья населения. По результатам 2010 года десятка лидеров выглядела следующим образом: Тюменская область, Вологодская область, Томская область, Мурманская область, Владимирская область, Белгородская область, Республика Бурятия, Калининградская область, Пензенская область, Липецкая область.

В настоящий момент мы работаем над расширением перечня показателей состояния здоровья граждан, что в большой мере отражает эффективность использования средств обязательного медицинского страхования, а значит, работы территориальных фондов, страховых медицинских организаций и медицинских организаций региона. Вместе с тем хотелось бы отметить успешную работу Ивановской, Курской, Белгородской областей и Республики Бурятии в 2011 году по реализации региональных программ модернизации здравоохранения, которые являются залогом повышения качества и доступности оказания медицинской помощи гражданам.



Передача расходов муниципалитетов на региональный уровень

При передаче расходных обязательств на региональный уровень возникает необходимость пересмотра сложившейся в регионе системы межбюджетных отношений. Иными словами, передача расходов муниципалитетов на региональный уровень должна сопровождаться адекватным сокращением региональных межбюджетных трансфертов бюджетам этих муниципалитетов. Однако в отдельных случаях, когда основной объем расходов на здравоохранение приходится на крупные экономически развитые города (в первую очередь столицы регионов), отрегулировать это в рамках действующего бюджетного законодательства не всегда возможно. Самодостаточные муниципальные образования, передавая значительный объем расходов на региональный уровень, высвобождают значительные финансовые ресурсы. Межбюджетные трансферты из региональных бюджетов в отношении таких муниципалитетов либо незначительны, либо вовсе не предусматриваются. Механизм введения «отрицательных трансфертов» также не компенсирует необходимый объем финансовых ресурсов.

Частично эта проблема решена статьей 4 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 313-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона „Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации“», которая вносит поправку в статью 58 Бюджетного кодекса и согласно которой регион получает право введения единых нормативов отчислений от федеральных (региональных) налогов и сборов для каждого в отдельности типа муниципальных образований (поселение, муниципальный район, городской округ), то есть отменяется норма по обязательности установления норматива для городских округов как суммы нормативов, установленных для поселений и муниципальных районов. В настоящее время Министерство финансов РФ продолжает законодательную работу по дальнейшему совершенствованию межбюджетных отношений на региональном уровне, которая направлена в том числе и на решение вышеуказанных проблем.

Статьей 100 Закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» 2012 год предусмотрен как переходный период для передачи полномочий в сфере здравоохранения на региональный уровень до 1 января 2013 года. Это очень гибкое решение, поскольку сфера здравоохранения очень инертна и граждане чутко реагируют на любые изменения.

Объективная оценка дается самими гражданами региона, которым все равно, кто исполняет полномочия, но не все равно, как оказывается медицинская помощь. Лю-

бое решение региона о передаче с 2012 года полномочий на региональный уровень или сохранении в 2012 году их на муниципальном уровне абсолютно оправданно, если оно принято в интересах населения региона.

Передача полномочий с муниципального на региональный уровень приведет к повышению качества медицинского обслуживания

Здравоохранение не должно быть привязано к границам муниципальных образований. Существовавшее до 1 января 2012 года разграничение полномочий между регионами и муниципалитетами привело к резкой дифференциации в уровне доступности и качества медицинской помощи не только среди регионов, но и в пределах одного муниципалитета. Принятое решение о передаче полномочий в сфере здравоохранения на региональный уровень направлено на формирование сбалансированной системы здравоохранения и оказания медицинской помощи, основанной на единых принципах охраны здоровья, включая применение единых стандартов и порядков оказания медицинской помощи, что позволяет обеспечить преемственность всех видов медицинской помощи, наиболее эффективное использование сети медицинских учреждений.

В ряде регионов уже с 2011 года полномочия осуществлялись на региональном уровне. Мониторинг ситуации в этих регионах проводился, губернаторы и руководители органов здравоохранения информировали о повышении качества и доступности медицинской помощи. Кроме того, отмечу, что за регионами сохраняется законодательное право делегирования в установленном порядке своих полномочий в сфере здравоохранения муниципалитетам.

Задачи Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2012 год

В 2012 году работа Федерального фонда обязательного медицинского страхования будет направлена на дальнейшую реализацию Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», а также принятых федеральных законов «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2012 год и на плановый период 2013 и 2014 годов». Последний имеет ряд значительных новаций.

В результате разграничения полномочий Российской Федерации и органов государственной власти РФ в сфере обязательного медицинского страхования на региональный уровень делегируются полномочия Российской Федерации по реализации базовой программы обязатель-

ного медицинского страхования на территории регионов. Финансовым обеспечением переданных полномочий являются субвенции в объеме 603,3 миллиарда рублей. В 2012 году за счет средств бюджета Фонда в объеме 244,1 миллиарда рублей продолжится финансирование региональных программ модернизации здравоохранения.

Особая тема — сельское здравоохранение, где злободневным вопросом остается привлечение молодых специалистов в сельскую местность. Для решения этой задачи Фондом в 2012 году будут осуществляться единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2011 и 2012 годах после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельские населенные пункты. Привлечение сельских медицинских специалистов — это задача регионов, выделение компенсационных выплат из расчета 1 миллион рублей на специалиста — стимулирование решения данной задачи. Финансовый ресурс в бюджете Фонда определен в объеме до 11 миллиардов рублей.

2012 год является завершающим для Фонда в части предоставления межбюджетных трансфертов федерального бюджета территориальным фондам обязательного медицинского страхования в рамках реализации национального проекта «Здоровье» на проведение диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан. В этой связи необходимо обеспечить полное освоение федеральных средств регионами и проработку механизмов включения этих направлений в мероприятия территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания

гражданам медицинской помощи, осуществляемых за счет средств обязательного медицинского страхования.

На Федеральный ФОМС возлагается большая ответственность в части аккумулирования средств обязательного медицинского страхования и управления или формирования и использования резервов в целях обеспечения финансовой устойчивости системы для представления гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу необходимой медицинской помощи. Большая работа предстоит по осуществлению контроля за соблюдением территориальными фондами обязательного медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями и медицинскими учреждениями законодательства об обязательном медицинском страховании и использованием ими средств обязательного медицинского страхования.

Защита прав граждан остается приоритетной задачей федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования. Именно сигналы с мест характеризуют эффективность функционирования нашей системы. В этом направлении необходима постоянная работа по информированию граждан об их правах в системе обязательного медицинского страхования при оказании медицинской помощи, проведение предупредительных мероприятий, экспертиз объемов, условий и качества оказания медицинской помощи.

Все вышеупомянутые задачи взаимосвязаны, и деятельность Фонда будет направлена на подготовку перехода всех участников системы на одноканальное финансирование медицинских организаций через систему обязательного медицинского страхования и переход на оплату медицинской помощи по полному тарифу.

Для корреспонденции:

Карчевская Светлана Александровна – заместитель Председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
Адрес: 127994, г. Москва, ул. Новослободская, д. 37
Телефон: (495) 987 03 80, доб.1294.
E-mail: kchernova@ffoms.ru

For correspondence:

Svetlana A. Karchevskaya – Deputy Chair of the Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance
The Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance
Address: 127994, Moscow, Ul. Novoslobodskaya 37
Tel.: (495) 987 03 80, add. 1294.
E-mail: kchernova@ffoms.ru

Правовые основы медицинского страхования в законе «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

29 февраля 2012 г. в Информационном агентстве «ГАРАНТ» состоялся круглый стол на тему «Правовые основы медицинского страхования в законе «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

С 01.01.2011 г. вступил в силу Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», за исключением отдельных положений, вступающих в силу с 1 января 2012 г.

Этот закон предусматривает серьезные положительные нормы: централизацию финансирования системы ОМС на уровне Федерального фонда ОМС, нормирование тарифов страховых взносов на неработающее население; изменение структуры тарифа на ОМС, включение в систему ОМС скорой медицинской помощи (с 2013 г.) и высокотехнологичной помощи (с 2015 г.).

Круглый стол символически подвел итоги первого года реализации нового закона. В ходе круглого стола эксперты проанализировали, как работает закон на практике и чему следует уделять первоочередное внимание.

В дискуссии приняли участие:

- Н.С. Григорьева, д.п.н., профессор, директор центра сравнительной социальной политики и управления социальной сферой, факультет государственного управления МГУ им. М.В. Ломоносова, главный редактор журнала «Управление здравоохранением»;
- С.Л. Джергения, к.б.н., доцент, зав. учебной частью кафедры авиационной и космической медицины I МГМУ им. И.М. Сеченова;
- А.В. Иванов, главный редактор журнала «Здравоохранение»;
- Ф.Н. Кадыров, заместитель директора Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздравсоцразвития России, доктор экономических наук, профессор, заслуженный экономист РФ;
- С.Г. Кравчук, начальник Управления организации ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования;



На фото слева направо: директор центра сравнительной социальной политики и управления социальной сферой, факультет государственного управления МГУ им. М.В. Ломоносова, Н.С. Григорьева; заместитель директора Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздравсоцразвития России Ф.Н. Кадыров; начальник Управления организации ОМС ФOMS С.Г. Кравчук

- Т.М. Максимова, профессор, главный научный сотрудник Национального НИИ общественного здоровья РАМН;
- И.О. Печерей, к.м.н, директор по юридическим вопросам врачебного сообщества «Доктор на работе»;
- А.Н. Пищита, доктор медицинских наук, доктор юридических наук, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья Российской медицинской академии последипломного образования;
- Л.Д. Попович, к.м.н., директор Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ;
- Г.П. Ширшов, исполнительный директор Союза профессиональных фармацевтических организаций (СПФО).

Как заметили эксперты, достоинства нового закона заключаются в том, что он по многим направлениям корреспондируется с другими Федеральными законами, создавая более четкие правила для субъектов и участников системы ОМС, обеспечивая тем самым защиту прав граждан на базовый гарантированный объем бесплатной медицинской помощи. При этом объемы, устанавливаемые территориальной программой государственных гарантий, не могут быть меньше объемов,

установленных базовой программой государственных гарантий. Если при получении медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий медицинская организация предлагает оплатить обследование или лечение, то необходимо обратиться в свою страховую медицинскую организацию или территориальной фонд обязательного медицинского страхования.

Важно, что четко определен статус обязательного медицинского страхования как вида обязательного социального страхования. Все эксперты отмечали, что многие из проблемных положений закона отражают проблемы общества и системы здравоохранения в целом, решить которые только в рамках обязательного медицинского страхования невозможно.

Введение системы обязательного лекарственного страхования должно стать одним из важнейших элементов реформирования здравоохранения. Только так, по мнению экспертов, можно решить проблему низкой доступности граждан к лечению с помощью современных эффективных лекарств. Система обязательного лекарственного страхования существует практически во всех развитых странах, о чем был сделан специальный обзор, посвященный опыту различных стран ЕС по данному направлению. Участники круглого стола предположили, как и в какие сроки это может быть реализовано в России.

По итогам конференции принято резюме. В первую очередь отмечены следующие новации федерального закона:

- приняты серьезные меры по повышению доступности медицинской помощи для населения (обеспечиваемые за счет введения полиса единого образца, действующего на территории всей Российской Федерации, использования порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи и т.д.);
- граждане получили право так называемого тройного выбора: страховой медицинской организации, медицинской организации и врача;

- новый закон в совокупности с другими принятыми в последнее время федеральными законами обеспечивают более высокий уровень финансовой стабильности системы ОМС (повышены тарифы страховых взносов на страхование работающего населения с 3,1 до 5,1 %, принят федеральный закон, устанавливающий минимальный размер страховых взносов на страхование неработающего населения и т.д.);
- централизация средств ОМС в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования с последующим распределением по территориальным фондам (при сохранении их подчиненности субъектам Российской Федерации), ужесточение мер ответственности субъектов Российской Федерации за неполную или несвоевременную уплату страховых взносов, призваны нивелировать существовавшие ранее большие различия в уровне финансовой обеспеченности регионов, оставляя при этом возможность субъектам Российской Федерации осуществлять дополнительное финансирование своих территориальных программ ОМС;
- сделаны серьезные шаги по обеспечению более активного участия в системе обязательного медицинского страхования ведомственных и частных клиник, частнопрактикующих врачей (введен уведомительный характер включения любых медицинских организаций в систему ОМС; переход на одноканальное финансирование и полный тариф повышают заинтересованность участия в системе ОМС частных клиник).

Экспертами отмечена необходимость дальнейшего совершенствования механизмов реализации обязательного медицинского страхования.

Рейтинг страховых медицинских организаций

Страховые медицинские организации	Код	Численность застрахованных лиц, в %		Обеспеченность пунктами выдачи полисов обязательного медицинского страхования, ед.		Обеспеченность специалистами-экспертами медицинской помощи, человек		Объем медико-экономических экспертиз, в %		Объем экспертиз качества медицинской помощи, в %	
		Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ЗАО МАСК «МАКС-М»	21	14.4	1	2.3	39	1.2	25	2.6	21	1.4	27
СМК ОАО «РОСНО-МС»	22	11.6	2	2.8	36	1.3	24	0	45	0	39
ООО «Росгосстрах-Медицина»	23	5.5	4	4.7	21	1.9	18	3.8	13	2	22
ООО СК «Ингосстрах-М»	24	3.1	8	5.5	18	1.5	22	2	26	1	29
ООО МСК «РЕСО-МЕД»	25	4	6	4.1	26	1.3	24	1.2	33	0.5	34
ЗАО «КапиталЪ Медицинское страхование»	26	5.5	4	3.2	34	1.3	24	1.9	27	0.9	30
ОАО МСК «УралСиб»	27	2	11	2.2	40	0.6	31	1.9	27	0.3	36
СО ВостСибМед «ЖАСО»	28	0.1	24	6.2	14	5.6	5	2.8	19	1.2	28
ООО СК Согласие-М	29	0.3	22	1.1	50	3.2	8	1.3	32	2.4	20
ОАО «СК СОГАЗ-Мед»	30	8.8	3	3.2	34	1.7	20	3.3	15	1.4	27
ОАО МСК «Шексна-М»	31	0.8	17	2.8	36	1.3	24	1	35	0.2	37
ЗАО Страховая группа «Спасские ворота-М»	32	2.5	9	2.5	38	1.1	26	3.2	16	0.8	31
ООО СМК «Русский Мир»	33	0.6	19	1.2	49	1.1	26	2.1	25	0.9	30
ЗАО МСК «Солидарность для жизни» Совита	34	3.7	7	3.6	30	2.2	16	1.2	33	1.6	25
ООО СК «АСКОМЕД»	35	0.4	21	3	35	1.5	22	3.4	14	0.8	31
ООО МСК «МЕДСТРАХ»	36	1.1	14	0.5	53	1.4	23	15	2	0.2	37
ОАО СМК «Югория-Мед»	37	2	11	1.4	48	1.7	20	1.6	29	0.3	36
ЗАО СМК «АСК-Мед»	38	1	15	5.7	16	2.2	16	1.1	34	1	29
ЗАО МСО «Надежда»	39	1	15	4	27	1.7	20	2.1	25	0.5	34
ООО СК «Даль-Росмед»	40	0.8	17	3.9	28	2.2	16	0.3	42	0.3	36
ЗАО СК «МЕДИНКОМ»	41	0.9	16	3.5	31	0.6	31	5	9	нет сведений	
ООО ВСК - Милосердие	42	0.2	23	23.4	3	6.4	4	2.7	20	1.7	24
ОАО СМО Сибирь	44	4.8	5	2.3	39	1.6	21	1.6	29	3.5	16
ОАО «ГСМК»	45	0.6	19	1.5	47	2.2	16	7.3	6	0.3	36
ООО СМК «Астра-Металл»	47	0.8	17	4.7	21	2.7	12	0.3	42	1.2	28
ООО ЖСМК «Дормедсервис»	48	0.1	24	4	27	0	35	2.4	22	9.7	11
ЗАО СМК «Сибирский Спас-Мед»	49	0.1	24	17.7	5	8.8	3	0.4	41	0.5	34
ООО «МСК-ВИРМЕД»	50	0.7	18	3.3	33	0.6	31	2.3	23	15.7	9
ООО «АльфаСтрахование МС»	51	1.5	12	3.6	30	0.7	30	0.6	39	0.2	37
ООО СМК «АСТРАМЕД -МС»	52	1.5	12	4.5	23	1.1	26	2.3	23	6.5	14
ООО СК «Капитал-полис Мед»	53	0.1	24	1.8	44	3.1	9	1.4	31	0.5	34
ОАО ГСМК «Сахамедстрах»	54	0.5	20	4.8	20	1.5	22	1.7	28	0.5	34
ОАО «ГСМК «Заполярье»	0172001	0.2	23	4.1	26	2.4	14	0.4	41	0.3	36
ОАО «МСК «Новый Уренгой»	0172005	0.1	24	4.4	24	0.6	31	0.50	40	0.8	31
ООО СК «Интермедсервис-Сибирь»	1101003	0	25	7.6	11	2.5	13	1.2	33	1.7	24
ООО СМК «Седар-М»	1101007	0	25	17.3	6	3.5	7	0.7	38	81.9	2

Объем тематических экспертиз, в %		Нарушения в экспертной деятельности СМО, в %		Объем штрафных санкций к страховой медицинской организации, в %		Деятельность страховой медицинской организации по информированию застрахованных лиц, в %		Проведение социологических опросов, ед.		Наличие обоснованных жалоб на работу СМО, ед.		Результативность до-судебной и судебной деятельности СМО, в %		Доступность в получении информации для застрахованных лиц, человек		Информационная активность СМО в медицинских организациях, в %	
Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
8.7	33	0.8	6	0.3	4	2	23	54.5	18	0.3	4	91.6	15	3.5	43	72.6	10
4.2	39	2.4	13	0.2	3	3	16	31.7	40	0.6	6	99.2	5	4.8	36	50.2	24
14.7	27	0.6	4	0.4	5	1.8	25	51.2	22	1.5	9	77.3	26	6	27	28.0	42
18.2	25	0.7	5	0.2	3	2.1	22	48.3	24	0.4	5	95.1	10	5.1	33	52.8	22
10.4	31	0.6	4	0	1	0.6	36	13.8	55	2.1	11	92.5	14	5.1	33	35.3	36
3	42	0.2	3	0	1	1.9	24	98	5	0.1	2	100.0	1	8.4	20	53.6	20
0.3	57	0	1	0	1	0.6	36	8.3	66	0.1	2	90.4	20	2.9	46	80.8	5
1.2	52	0	1	1.1	8	8.5	6	71.4	10	0	1	100.0	1	8.7	19	8.8	54
2.2	46	0	1	0	1	1.3	30	24.6	46	0	1	99.5	3	2.2	52	1.3	62
2.8	43	2.4	13	0.2	3	0.6	36	74.2	9	1.6	10	100.0	1	4.9	35	42.7	30
18.6	23	3.7	15	0	1	24.6	1	2.2	74	0	1	0.0	30	1.4	54	39.6	32
2.1	47	0	1	0.2	3	2.7	18	47.4	26	0.1	2	99.3	4	4.4	38	32.8	39
0.1	59	4.5	17	1.7	10	6.5	8	2.5	73	0.2	3	100.0	1	2.5	50	19.6	48
32.7	14	0.2	3	0.1	2	3.9	13	51.7	21	0	1	100.0	1	8.3	21	42.7	30
0	60	0	1	0.1	2	0.7	35	32.9	38	38.3	13	90.8	19	9.3	16	18.4	49
1.3	51	6	19	0	1	9.4	5	39.5	33	0.9	7	73.1	28	4.2	40	23.6	43
1.5	50	1.1	8	0.2	3	0.7	35	17.8	53	0	1	95.8	8	2.3	51	36.7	35
6.1	37	7.1	20	0.4	5	1.5	28	37.6	35	0.1	2	100.0	1	11.4	13	32.7	40
11.4	30	2	12	0	1	3.4	14	51.1	23	0	1	91.5	16	4.4	38	47.2	28
26.3	17	1.6	11	0	1	2.4	20	38.4	34	2.1	11	100.0	1	4.5	37	57.5	17
49.7	5	57.4	25	3.3	17	0.2	39	3.2	71	0	1	100.0	1	2.9	46	100.0	1
14.1	28	1.5	10	0.7	7	2.9	17	59.7	17	0.4	5	100.0	1	19.1	5	20.3	46
15.3	26	1.3	9	0.1	2	3.3	15	102.7	4	0.1	2	99.6	2	2.6	49	79.0	6
0.4	56	0	1	0.1	2	3	16	6.7	68	0	1	100.0	1	8.3	21	2.3	61
21.6	19	13.3	22	0	1	2	23	22.7	48	0	1	81.8	24	11.9	12	45.9	29
0.4	56	0	1	16.5	18	0.4	38	12	59	0	1	100.0	1	1.6	53	100.0	1
21.3	21	5.3	18	0.2	3	1.9	24	41.2	31	2.4	12	0.0	30	8.8	18	54.4	19
37.1	13	3	14	0	1	0.2	39	12.1	58	0	1	0.0	30	10.3	14	65.2	14
0	60	14.3	23	0	1	8	7	12.6	56	2.1	11	100.0	1	3.5	43	48.6	26
28.6	16	15	24	2.2	11	1.6	27	11.8	60	0	1	100.0	1	5.7	30	60.0	16
41.1	9	0	1	0.1	2	1.9	24	135.5	1	0	1	100.0	1	6.1	26	4.2	59
3.9	40	0	1	0	1	5.1	11	27.2	42	0	1	98.9	6	4.4	38	100.0	1
0.6	54	0	1	0	1	2	23	26.4	43	0	1	100.0	1	5.1	33	50.0	25
1	53	0	1	0	1	0.4	38	79.6	8	0	1	100.0	1	0.6	58	37.5	34
0.4	56	0	1	0.1	2	0.6	36	20.7	50	0	1	0.0	30	27.8	3	0.0	63
0	60	0	1	0	1	2	23	41.6	30	0	1	0.0	30	20.8	4	0.0	63

Страховые медицинские организации	Код	Численность застрахо- ванных лиц, в %		Обеспеченность пун- ктами выдачи полисов обязательного меди- цинского страхования, ед.		Обеспеченность специ- алистами- экспертами медицинской помощи, человек		Объем медико- экономических экс- пертиз, в %		Объем экспертиз качества медицинской помощи, в %	
		Значе- ние	Место	Значе- ние	Место	Значе- ние	Место	Значе- ние	Место	Значе- ние	Место
ООО «МСК-Медицина»	1103008	0.4	21	0.5	53	1.4	23	1.7	28	37.1	6
ЗАО «КМС»	1104002	0.4	21	3.9	28	1	27	1.4	31	0.4	35
ООО МСК «Медика-Восток»	1104008	0.5	20	5.2	19	1.7	20	1.7	28	0.5	34
ООО СМО «Госмедстрах»	1105001	0.2	23	3.2	34	2.7	12	2.4	22	0	39
ООО СМО «Восточно-страховой альянс»	1105006	0.6	19	3.3	33	2.9	11	4.4	11	0.9	30
ООО СК «Альфа-Гарант»	1105007	0.3	22	3.6	30	1	27	1.4	31	2.6	18
ОАО МСК «ЭМЭСК»	1107002	1.4	13	1.7	45	1.1	26	1.6	29	0.7	32
ОАО МСК «Дальмедстрах»	1110001	0.5	20	3.2	34	2.2	16	0.8	37	3	17
ООО МСК «ИНКО-МЕД»	1120004	0.9	16	3	35	2.3	15	9.6	4	17.7	8
ОАО «Маски»	1125003	0.2	23	1.8	44	3.1	9	4.5	10	3.5	16
ЗАО «ОМСК»	1127006	0.4	21	3.7	29	1	27	0.2	43	15.1	10
ООО «Страховая компания «СДС-Медицина»	1132005	0	25	19.4	4	3	10	0.1	44	0	39
ООО СМО «ЖСО-Медицина»	1132007	0.1	24	14.2	7	2.2	16	0.8	37	2	22
ООО СМО «ЦМС»	1132012	0	25	255.5	1	102.2	1	0	45	0	39
ООО МСК «АСКО-ВАЗ»	1136002	0.3	22	3.4	32	1.7	20	4.4	11	нет све- дений	
ЗАО «Самара-Мед»	1136016	0.8	17	6.4	13	1.1	26	2.2	24	нет све- дений	
ЗАО СК «Альянс-Мед»	1136017	0	25	5.8	15	1.5	22	7.5	5	100	1
ОАО МСО «Росмедстрах-К»	1138009	0.3	22	4.6	22	0.9	28	1.7	28	0	39
ЗАО «СК «АВЕСТА-Мед»	1141009	0	25	4.4	24	10.9	2	2.9	18	0.1	38
ООО СМО «ЛИПЕЦК-Здоровье»	1142001	0.5	20	2.6	37	1	27	0.2	43	1.5	26
ООО СК «КАСКО-МС»	1142003	0.1	24	1	51	1	27	36.8	1	0.1	38
ООО СМК «Новолипецкая1»	1142004	0.1	24	1.5	47	1.5	22	3.4	14	2.3	21
ОАО МСК «АВЕ»	1144001	0.1	24	6.9	12	1.2	25	0.1	44	нет све- дений	
ООО МСК «Икар»	1145001	0.5	20	2.1	41	2	17	1.1	34	0.9	30
ОАО СМК «Милосердие и благополучие»	1146048	0.1	24	2.8	36	1.8	19	0.6	39	0.6	33
ООО «СИМАЗ-МЕД»	1150001	0.5	20	1	52	2.2	16	нет све- дений		9.5	12
ООО МСК «АСКО-ЗАБОТА»	1152002	0.6	19	3.6	30	1	27	0.8	37	0.6	33
ООО МСК «Медпрана-Люкс»	1157005	0.3	22	5.7	16	1.8	19	2.2	24	1	29
ООО СМК «Айболит»	1160002	0.7	18	2	42	0.4	33	0.9	36	3	17
«Адмирал-Мед» в г.Ростове-на-Дону	1160003	0.1	24	5.6	17	1.1	26	0.7	38	7.7	13
ООО МСК «АсСтра»	1160004	0.3	22	2.7	37	1	27	1.5	30	5.6	15
ООО МСО «Панацея»	1160007	0.5	20	1.4	48	0.5	32	0.1	44	2.4	20
ООО «МСК СТРАЖ»	1161004	0.1	24	26.5	2	3.8	6	0.2	43	0.1	38
ООО СМК «Урал-Рецепт М»	1165002	0.2	23	2.2	40	0.6	31	1.1	34	35.5	7

Объем тематических экспертиз, в %		Нарушения в экспертной деятельности СМО, в %		Объем штрафных санкций к страховой медицинской организации, в %		Деятельность страховой медицинской организации по информированию застрахованных лиц, в %		Проведение социологических опросов, ед.		Наличие обоснованных жалоб на работу СМО, ед.		Результативность до-судебной и судебной деятельности СМО, в %		Доступность в получении информации для застрахованных лиц, человек		Информационная активность СМО в медицинских организациях, в %	
Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место
0	60	0.1	2	0	1	0.7	35	66.7	12	0	1	100.0	1	3.4	44	0.0	63
0.3	57	0	1	0	1	0.8	34	25.2	45	0	1	100.0	1	1	57	8.3	55
2.3	45	0	1	0	1	1.9	24	131.9	2	0	1	98.6	7	4.3	39	30.4	41
0	60	0	1	0	1	3.9	13	3.2	71	0	1	100.0	1	2.7	48	15.5	51
0	60	0	1	0	1	1.2	31	0	77	0	1	100.0	1	3.3	45	88.5	4
23.6	18	0	1	0	1	12	2	0	77	0	1	100.0	1	8.9	17	69.6	11
29.6	15	0	1	0	1	0.2	39	47.2	27	80.3	14	100.0	1	5.9	28	51.3	23
8.6	34	0	1	0	1	2.5	19	10.7	63	0	1	0.0	30	6.4	25	100.0	1
1.8	48	4.3	16	0	1	9.5	4	80.8	7	0	1	49.1	29	2.6	49	100.0	1
0	60	0	1	0	1	10.8	3	60.4	16	0	1	100.0	1	7.5	22	20.8	45
0.2	58	0	1	0	1	0.4	38	2.9	72	0	1	89.5	21	1.2	55	100.0	1
0	60	0	1	0	1	0.2	39	17.9	52	0	1	0.0	30	6	27	41.6	31
21.5	20	0	1	0	1	0.6	36	29.3	41	0	1	0.0	30	5.5	31	61.3	15
0	60	0	1	0	1	0	40	0	77	0	1	0.0	30	102.2	1	0.0	63
13.2	29	0	1	0	1	5.6	9	87	6	0	1	77.0	27	6.7	23	39.3	33
0	60	0	1	0	1	1	32	34.5	37	0	1	86.6	22	12.9	8	75.6	7
0	60	0	1	0	1	0.4	38	45.3	29	0	1	80.0	25	4.4	38	20.0	47
3.3	41	0	1	0.7	7	2.1	22	31.8	39	0.2	3	100.0	1	12.2	9	55.9	18
3	42	0	1	0	1	4.2	12	19.4	51	0	1	100.0	1	17.4	7	34.0	38
87.3	1	0	1	0	1	2.4	20	21.3	49	0	1	0.0	30	6.5	24	89.2	3
0	60	0	1	0.3	4	0.5	37	62.3	15	0	1	0.0	30	5.3	32	16.9	50
5.3	38	0	1	0	1	1.4	29	35.2	36	0	1	0.0	30	5	34	12.3	53
57.1	2	0	1	0	1	0.5	37	24.4	47	0	1	91.2	17	2.5	50	100.0	1
1.3	51	0	1	0.1	2	0.7	35	0.7	76	0.3	4	0.0	30	0.3	59	74.4	8
50.9	4	1.3	9	0.1	2	0	40	0	77	0	1	100.0	1	3.7	42	7.5	56
40.6	10	1.6	11	0	1	0	40	12.3	57	0	1	0.0	30	2.2	52	100.0	1
7.7	35	11.8	21	0	1	0.9	33	14.6	54	0	1	94.4	11	1	57	53.2	21
0	60	0	1	0.1	2	0	40	66.6	13	0	1	100.0	1	12	11	6.9	57
0	60	0	1	0.1	2	0.2	39	70.5	11	0	1	99.3	4	3.5	43	13.2	52
0	60	0	1	1.3	9	0.2	39	2	75	1.1	8	100.0	1	1.1	56	0.0	63
0	60	0	1	0.1	2	0.4	38	118.5	3	0.4	5	100.0	1	3.5	43	21.1	44
0	60	0	1	0.1	2	1.8	25	21.3	49	0	1	100.0	1	3.7	42	0.0	63
0	60	0.7	5	0	1	5.2	10	8.8	64	0	1	100.0	1	30.3	2	2.8	60
46.1	8	0	1	3.2	16	1	32	11	62	0	1	90.9	18	12.1	10	100.0	1

Страховые медицинские организации	Код	Численность застрахованных лиц, в %		Обеспеченность пунктами выдачи полисов обязательного медицинского страхования, ед.		Обеспеченность специалистами-экспертами медицинской помощи, человек		Объем медико-экономических экспертиз, в %		Объем экспертиз качества медицинской помощи, в %	
		Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место
ООО ЕСК «Пульс»	1165005	0.1	24	5.5	18	1.6	21	5.1	8	нет сведений	
ООО МС «Меркус-АМТ»	1165017	0.2	23	5.8	15	0.9	28	4	12	39.7	5
ООО СК «ББ -Здоровье»	1165018	0.1	24	1.5	47	0.7	30	1.3	32	48.7	3
ООО СМК «УГМК - Медицина»	1165022	0.2	23	12.3	8	1.1	26	1.4	31	42.2	4
ООО СК «Медика-Томск»	1169001	0.3	22	8	10	1.3	24	нет сведений		0	39
ГК «Забайкалмедстрах»	1176001	0.7	18	3.7	29	0.8	29	2.6	21	1.8	23
ЗАО СК «Экофонд»	1178004	0.4	21	1.9	43	1.1	26	1	35	0.1	38
ООО «БМСК»	1180011	0.2	23	4.2	25	1.7	20	6.3	7	0.7	32
ООО СК «АК БАРС Мед»	1192001	2.3	10	1.6	46	0.3	34	0.8	37	1	29
ООО «СМО Чулпан-Мед»	1192002	0.2	23	6.9	12	2.2	16	3.1	17	0.6	33
ЗАО Страховое медицинское общество «Спасение»	1192003	0.1	24	1.9	43	1.5	22	11.3	3	2.5	19
ОАО «Чувашская МСК»	1197007	0.2	23	8.7	9	0.8	29	1.1	34	100	1
ОАО «СК»Чувашия-Мед»	1197008	0.7	18	2.8	36	1.4	23	1.5	30	100	1

Рейтинг составлен на основании показателей деятельности страховых медицинских организаций за 9 месяцев 2011 года

Объем тематических экспертиз, в %		Нарушения в экспертной деятельности СМО, в %		Объем штрафных санкций к страховой медицинской организации, в %		Деятельность страховой медицинской организации по информированию застрахованных лиц, в %		Проведение социологических опросов, ед.		Наличие обоснованных жалоб на работу СМО, ед.		Результативность досудебной и судебной деятельности СМО, в %		Доступность в получении информации для застрахованных лиц, человек		Информационная активность СМО в медицинских организациях, в %	
Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место
2.4	44	100	29	2.9	15	0.6	36	12.1	58	0	1	100.0	1	9.4	15	100.0	1
18.5	24	57.7	26	2.8	14	3.9	13	8.2	67	0	1	84.0	23	18.7	6	100.0	1
19.2	22	71.4	27	2.7	12	0.5	37	8.7	65	0	1	100.0	1	5.8	29	100.0	1
39.6	12	87.5	28	2.7	13	1.7	26	6.2	69	0	1	100.0	1	2.8	47	100.0	1
46.5	7	0	1	0.1	2	1.9	24	11.3	61	0	1	93.3	13	1.6	53	90.8	2
40	11	0.9	7	0.3	4	0.8	34	4.8	70	0	1	100.0	1	1.1	56	100.0	1
0.5	55	0	1	0.6	6	0.5	37	0	77	0	1	100.0	1	1.1	56	0.0	63
6.5	36	0	1	0	1	0.7	35	64.3	14	0	1	100.0	1	2.5	50	6.3	58
0	60	0	1	0	1	2.4	20	40.2	32	0	1	95.4	9	3.9	41	73.1	9
1.6	49	0	1	0	1	1	32	52.2	19	0	1	100.0	1	12.1	10	65.5	13
0.1	59	0	1	0	1	2.7	18	25.6	44	0	1	93.9	12	8.8	18	66.2	12
49	6	0	1	0	1	5.6	9	51.9	20	0	1	0.0	30	3.3	45	34.3	37
56.2	3	0	1	0	1	1.5	28	48	25	0	1	0.0	30	2.6	49	100.0	1

УДК 614.2

Частные медицинские учреждения: позиционирование на рынке и готовность участвовать в ОМС

С.В. Шишкин, Е.Г. Потапчик, Е.В. Селезнева

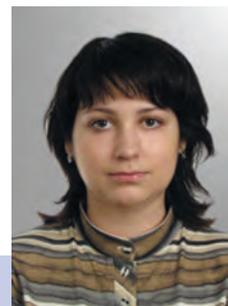
Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»



С.В. Шишкин



Е.Г. Потапчик



Е.В. Селезнева

Резюме

Данные проведенного социологического опроса руководителей частных медицинских учреждений свидетельствуют о том, что большинство частных медицинских учреждений, в отличие от расхожего представления об ориентации только на богатых, позиционируют себя на рынке как предоставляющие услуги среднему классу и составляют в этом заметную конкуренцию государственному сектору, перетягивая на себя часть платежеспособного спроса среднего класса. Вместе с тем рынок частных медицинских услуг развивается пока практически вне общественной системы финансирования здравоохранения и с малой степенью интеграции с рынком добровольного медицинского страхования. Поэтому характер дальнейшего разви-

тия частной медицины и ее роль в системе здравоохранения будут во многом определяться политикой государства в области развития медицинского страхования. При активном создании условий для включения частных медицинских учреждений в систему ОМС и стимулировании добровольного медицинского страхования развитие частного сектора может стать важным фактором повышения доступности качественной медицинской помощи для значительной части населения и, прежде всего, представителей среднего класса.

Ключевые слова: опрос, частные медицинские учреждения, обязательное медицинское страхование, конкуренция.

Abstract

Private medical institutions: positioning on the market and willingness to participate in OMI

S.V. Shishkin, E.G. Potapchik, E.V. Seleznyova

The National Research University "Higher Institute of Economy"

Data of a performed sociological poll of private medical institution managers is evidence of the fact that the majority of private medical institutions, in contrast to a popular opinion of service direction toward only rich people, positions itself on the market as organizations which render services for the middle class and competes considerably with the State-owned sector in this matter attracting a part of solvent demand of the middle class. At the same time the market of private medical services practically develops still out of the public system of health financing and with a low integration with the market of voluntary medical insurance. Therefore the character of a further development of the private medi-

cine and its role in the public health system in many respects will be determined by the policy of the state in the field of medical insurance development. Development of a private sector can be an important factor of increase in an accessibility of qualitative medical care for a substantial part of population and, first of all, for representatives of the middle class in case of an active creation of conditions for the inclusion of private medical institutions into the OMI system and a stimulation of voluntary medical insurance.

Key words: poll, private medical institutions, obligatory medical insurance (OMI), competition.

В соответствии с действующим законодательством медицинские организации, независимо от их организационно-правовой формы, имеют права участвовать в оказании гражданам Российской Федерации медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающей в себя базовую программу обязательного медицинского страхования. Однако, по данным за 2010 г., из 3399 медицинских учреждений негосударственной формы собственности, лишь 623 (18,3%) участвовали в выполнении программы государственных гарантий¹. В настоящее время главным препятствием для расширения такого участия являются низкие тарифы на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования (ОМС), которые не покрывают всех видов расходов по ее оказанию. Но в ближайшие годы запланирован переход к «полному» тарифу ОМС, и это ограничение утратит свое прежнее значение. Приведет ли это, действительно, к увеличению числа частных медицинских учреждений в системе ОМС? Имеются ли здесь другие ограничения? Ведь существует распространенное мнение, что частные медицинские учреждения ориентированы на богатых пациентов, и поэтому работа по устанавливаемым государством тарифам ОМС, как правило, будет для них экономически непривлекательной. Между тем достоверные данные о том, какие группы населения являются клиентами частного сектора в здравоохранении, и какова готовность частных медицинских учреждений к вхождению в ОМС, до сих пор отсутствовали.

Заполнению этих пробелов в эмпирических знаниях было посвящено исследование частных медицинских

¹Здравоохранение в России. 2011: Стат.сб./Росстат. - М., 2011. - С. 134, 140; Доклад о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2010 году / Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. - М., 2011, - С. 9.

учреждений, выполненное в рамках проекта «Мониторинг экономических процессов в здравоохранении» Программы фундаментальных исследований Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» (НИУ ВШЭ).

Эмпирическую базу исследования составили данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения России (РМЭЗ) и данные обследования руководителей частных медицинских организаций, проведенного в сентябре-октябре 2011 г. АНО ИИЦ «Статистика России» по заказу НИУ ВШЭ. В выборку вошли 100 частных стационарных учреждений (87% всех частных стационарных учреждений в РФ²) и 960 амбулаторно-поликлинических учреждений (35% всех частных амбулаторных учреждений в РФ); всего 1060 частных медицинских учреждений в 41 субъекте РФ.

Контингенты населения, обслуживаемые частными медицинскими учреждениями

Около половины частных медицинских учреждений оказывают медицинские услуги только взрослому населению, чуть меньшее число учреждений оказывает медицинские услуги как взрослому, так и детскому населению (рис. 1). И лишь около 3% частных медицинских учреждений оказывают медицинскую помощь только детскому населению.

По данным РМЭЗ, и проведенного обследования частных медицинских учреждений, среди пациентов этих медучреждений представлены лица из всех доход-

²По данным Росстата (форма № 1-здрав) в 2010 году в РФ было официально зарегистрировано 115 частных больничных учреждений, 2753 частных амбулаторно-поликлинических учреждений и 47 частных фельдшерско-акушерских пунктов. При этом в число официально зарегистрированных частных учреждений здравоохранения не входят микро-предприятия с численностью работающих менее 15 человек.

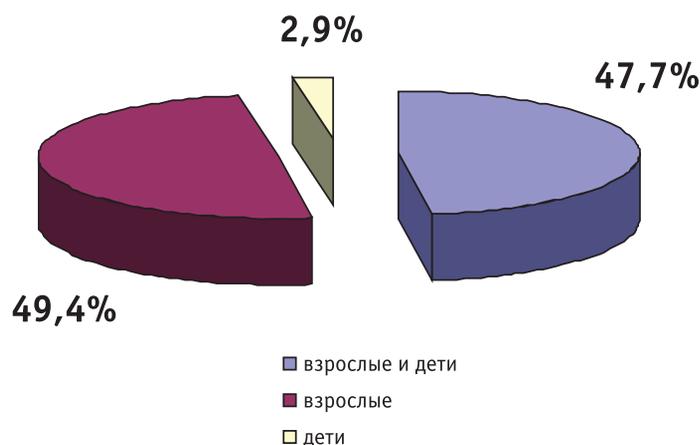


Рис. 1. Частные медицинские учреждения по контингентам обслуживания, (%). Источник: Опрос руководителей частных медицинских учреждений, выполненный АНО «ИИЦ Статистика России» по заказу НИУ ВШЭ в 2011 г.

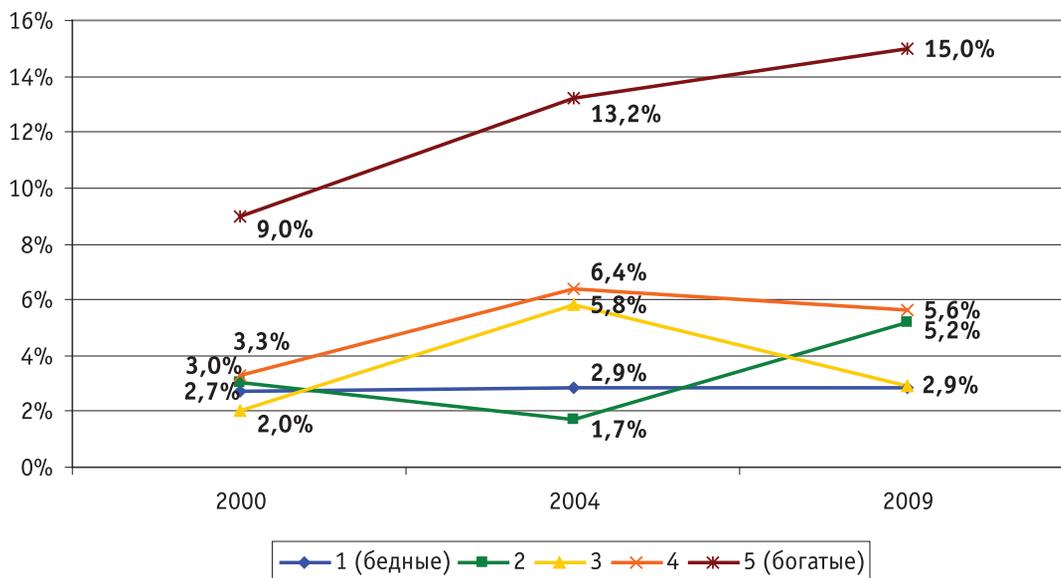


Рис. 2. Доля обращающихся в частное медицинское учреждение среди обращающихся за медицинской помощью, по квинтильным группам с разным уровнем дохода. Источник: данные РМЭЗ.

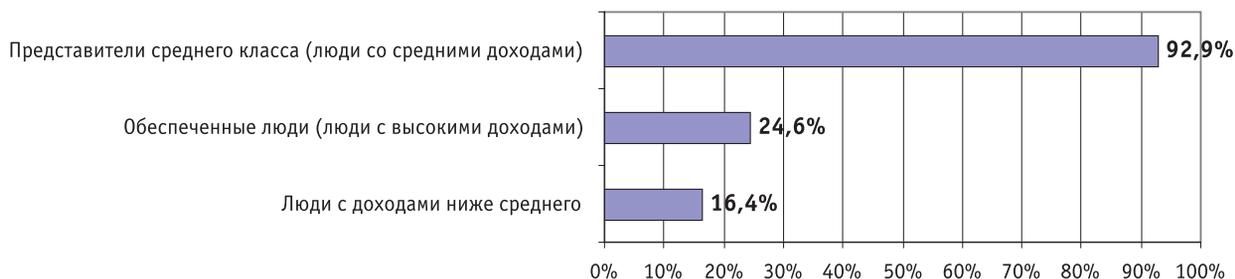


Рис. 3. Обслуживаемые частными медицинскими учреждениями группы населения по уровням дохода, (распределение ответов респондентов о том, какие группы населения представлены среди обращающихся за их услугами, %). Источник: Опрос руководителей частных медицинских учреждений, выполненный АНО «ИИЦ Статистика России» по заказу НИУ ВШЭ в 2011 г.

ных групп (рис. 2 и 3). Согласно данным РМЭЗ, в 2009 г. доминирующей, но не абсолютно преобладающей, является квинтильная группа населения с наивысшими доходами: к ней относится 42% клиентов частной медицины.

По оценкам руководителей частных медицинских учреждений, основными потребителями их услуг являются представители среднего класса: 93% респондентов ответили, что их учреждения обслуживают людей со средним уровнем дохода (рис. 3). При этом 77% указали, что в своей ценовой политике они ориентируются

именно на средний класс, и лишь 9% - на богатых людей. Следует отметить, что 16% руководителей обследованных частных медучреждений указали, что среди их пациентов заметно представлены люди с доходами ниже среднего.

Не отмечается каких-либо существенных отличий между доходными группами в структуре пациентов, обращающихся в частные медицинские учреждения за стационарной и амбулаторной помощью. Чуть более высокий процент руководителей частных стационаров по сравнению с руководителями амбулаторных учреждений

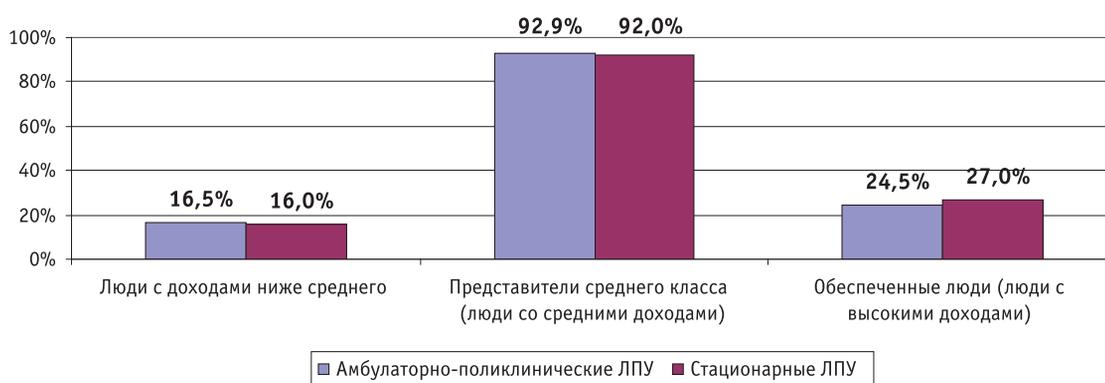


Рис. 4. Обслуживаемые частными медицинскими учреждениями группы населения по уровням дохода, по видам помощи, (%). Примечание: можно было давать несколько вариантов ответа. Источник: Опрос руководителей частных медицинских учреждений, выполненный АНО «ИИЦ Статистика России» по заказу НИУ ВШЭ в 2011 г.

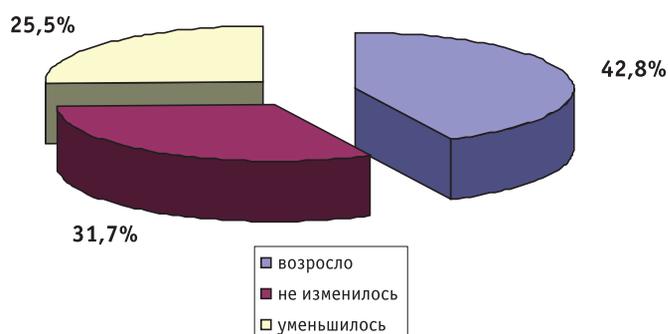


Рис. 5. Изменение числа обслуживаемых частными медицинскими учреждениями пациентов, произошедшие в течение последнего года, (%). Источник: Опрос руководителей частных медицинских учреждений, выполненный АНО «ИИЦ Статистика России» по заказу НИУ ВШЭ в 2011 г.

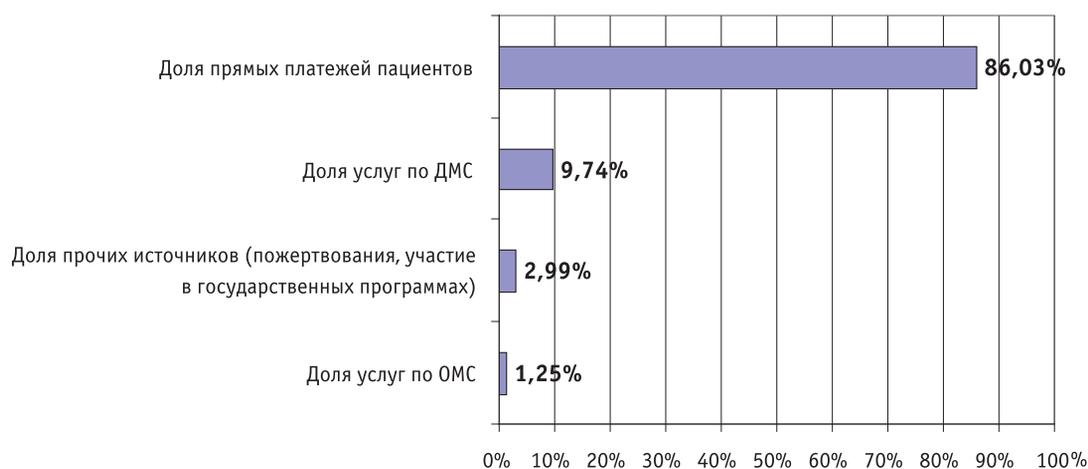
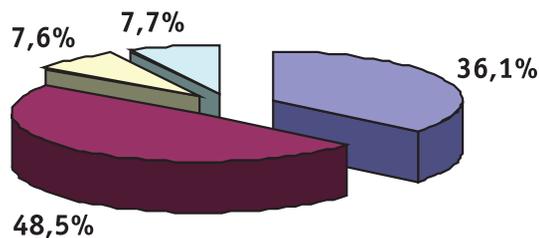
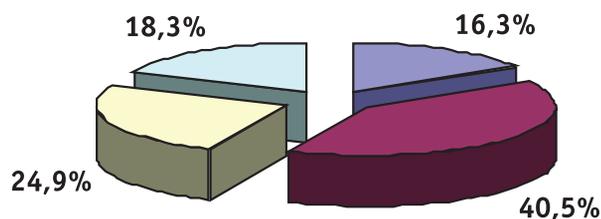


Рис. 6. Структура доходов частных медицинских учреждений, (%). Источник: Опрос руководителей частных медицинских учреждений, выполненный АНО «ИИЦ Статистика России» по заказу НИУ ВШЭ в 2011 г.



■ высокая степень ■ средняя степень ■ низкая степень ■ отсутствие конкуренции

Рис. 7. Оценка уровня конкуренции на рынке частных медицинских услуг, (%). Источник: Опрос руководителей частных медицинских учреждений, выполненный АНО «ИИЦ Статистика России» по заказу НИУ ВШЭ в 2011 г.



■ высокая степень ■ средняя степень ■ низкая степень ■ отсутствие конкуренции

Рис. 8. Оценка уровня конкуренции между производителями медицинских услуг частного и государственного сектора, (%). Источник: Опрос руководителей частных медицинских учреждений, выполненный АНО «ИИЦ Статистика России» по заказу НИУ ВШЭ в 2011 г.

(27% против 24,5%) ответили, что они обслуживают людей с высоким уровнем доходов (рис. 4).

Около 75% опрошенных руководителей частных учреждений указали, что за последний год число обслуживаемых пациентов не изменилось или даже возросло. При этом 42,8% респондентов отметили рост числа обратившихся к ним пациентов. Вместе с тем, около четверти респондентов указали на снижение количества обслуживаемых пациентов (рис. 5).

Источники доходов частных медицинских учреждений

Основным источником доходов частных медицинских учреждений являются прямые платежи пациентов (рис. 6). В среднем их доля в доходах составляет 86%.

Лишь половина частных медицинских учреждений получают средства от страховщиков по добровольному медицинскому страхованию (ДМС), и они достигают лишь 19% доходов этих учреждений. Доля средств, поступающих в частные медицинские учреждения за счет платежей системы ОМС, составляет немногим более 1%. В ОМС участвуют лишь 6% частных медицинских учреждений, попавших в выборку. В основном это городские учреждения, обслуживающие только детей.

Уровень конкуренции внутри частного сектора и с государственным сектором

Абсолютное большинство респондентов (92%) отмечают наличие конкуренции на рынке частных медицинских услуг. При этом почти половина респондентов

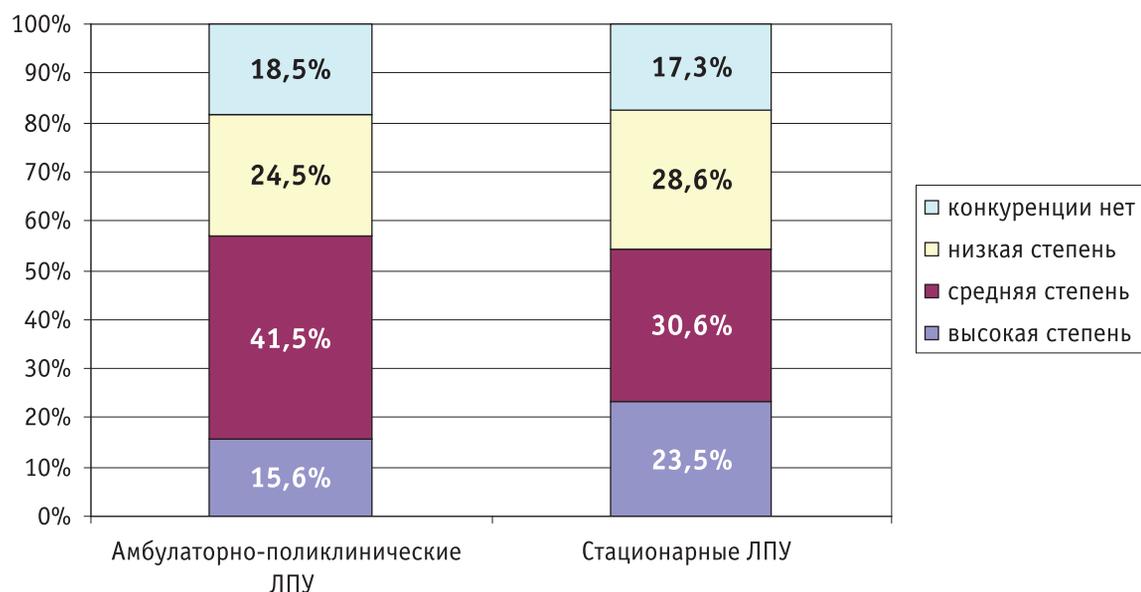


Рис.9. Оценка уровня конкуренции между производителями медицинских услуг частного и государственного сектора, по видам помощи (%). Источник: Опрос руководителей частных медицинских учреждений, выполненный АНО «ИИЦ Статистика России» по заказу НИУ ВШЭ в 2011 г.

оценивает уровень конкуренции среди частных медицинских учреждений как средний, более трети – как высокий и менее 8% – как низкий. Лишь незначительная часть респондентов (около 8%) отмечает отсутствие конкуренции на этом рынке (рис. 7).

Вместе с тем, частные медицинские учреждения конкурируют не только между собой, но и с государственными и муниципальными учреждениями. Абсолютное большинство респондентов (84%) отметили наличие конкуренции между производителями услуг государственной и частной систем. Но, по оценкам руководителей частных учреждений, уровень конкуренции между учреждениями государственной и частной систем несколько ниже, чем между самими частными медицинскими учреждениями (ср. рис. 7 и 8). На отсутствие конкуренции в основном указывают руководители тех медицинских учреждений, в которых оказывают медицинские услуги, не предоставляемые или предоставляемые в ограниченном объеме в государственном секторе (зачастую это стоматология, косметология и новые методы диагностики).

Частные стационары в большей степени испытывают конкуренцию и оценивают ее уровень выше, чем частные амбулаторные учреждения. Так, если 17,3% руководителей частных стационаров отметили отсутствие конкуренции и 23,5% оценивают степень конкуренции как

высокую, то среди руководителей амбулаторных учреждений эти показатели составляли соответственно 18,5% и 15,6% (рис. 9).

Готовность частных медицинских учреждений участвовать в программе ОМС

Респондентам был задан вопрос о том, какие бы виды медицинской помощи они развивали прежде всего при условии если бы они могли бы на равных с государственными учреждениями здравоохранения участвовать в оказании услуг населению по полному тарифу ОМС, отражающему реальную стоимость услуг. Ответы на этот вопрос как раз и позволяют судить о готовности участвовать в модернизированной системе ОМС.

Среди частных стационаров такая готовность оказалась минимальной. Лишь 2,2% опрошенных указали, что они стали бы развивать хирургию; 1,5% – гинекологию; остальные профили указывались менее чем 1% опрошенных. Лишь 6,1% опрошенных согласились бы оказывать скорую медицинскую помощь при условии оплаты их услуг по полной цене.

Готовность к участию в ОМС частных амбулаторных учреждений оказалась на порядок выше. При оплате государством медицинских услуг по полному тарифу ОМС



Рис. 10. Основные препятствия для дальнейшего развития частного сектора, (%). Примечание: можно было дать несколько ответов. Источник: Опрос руководителей частных медицинских учреждений, выполненный АНО «ИИЦ Статистика России» по заказу НИУ ВШЭ в 2011 г.

они готовы были бы развивать прежде всего следующие виды медицинской помощи: стоматология (34,8% респондентов), гинекология (27,8%), кардиология (25,1%), терапия (24,5%), эндокринология (22,8%), неврология (22%), офтальмология (21,6%).

Сопоставляя ответы на этот вопрос с реально сложившейся профильностью оказываемых услуг как в стационарном, так и в амбулаторном секторах, можно заметить, что большинство респондентов рассматривают возможность их участия в реализации государственных программ по тем специальностям и профилям, по которым они уже оказывают медицинские услуги. Это свидетельствует об определенном консерватизме в характере развития частных медицинских учреждений.

Основные барьеры для развития частного сектора

При проведении исследования предпринималась попытка выявить факторы, сдерживающие развитие сети частных медицинских учреждений.

В качестве основных препятствий для дальнейшего развития частного сектора руководители частных медицинских учреждений упоминали «административные, бюрократические барьеры» и «отсутствие платежеспособного спроса». Как и можно было предположить, бюрократические препоны упоминались респондентами несколько чаще, чем отсутствие платежеспособного спроса – 58,4 и 55,2% соответственно. Но важно отметить, что фактор отсутствия платежеспособного спроса оказался близким по значимости. Это является фактором, фор-

мирующим потенциальную заинтересованность частных медицинских организаций к участию в системе ОМС. Лишь немногие из респондентов считают конкуренцию со стороны учреждений государственной системы здравоохранения сдерживающим развитие частного сектора фактором (12%). Среди прочих сдерживающих факторов респонденты чаще всего указывали длительный срок окупаемости инвестиций (рис. 10).

Выводы

Данные проведенного исследования свидетельствуют о том, что большинство частных медицинских учреждений, в отличие от расхожего представления об ориентации только на богатых, позиционируют себя на рынке как предоставляющие услуги среднему классу и составляют в этом заметную конкуренцию государственному сектору, перетягивая на себя часть платежеспособного спроса среднего класса.

Вместе с тем рынок частных медицинских услуг развивается пока практически вне общественной системы финансирования здравоохранения и с малой степенью интеграции с рынком добровольного медицинского страхования. Поэтому характер дальнейшего развития частной медицины и ее роль в системе здравоохранения будут во многом определяться политикой государства в области развития медицинского страхования. При активном создании условий для включения частных медицинских учреждений в систему ОМС и стимулировании добровольного медицинского страхования развитие частного сектора может стать важным фактором повы-

шения доступности качественной медицинской помощи для значительной части населения и, прежде всего, представителей среднего класса. Расширение участия частных медицинских учреждений в ОМС будет также стиму-

лировать усиление конкуренции между медицинскими организациями в системе ОМС и будет содействовать повышению эффективности и государственного и частного секторов здравоохранения.

Для корреспонденции:

Шишкин Сергей Владимирович – научный руководитель Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ, доктор экономических наук. Сл. телефон: 8 (495) 621-63-97, E-mail: shishkin@hse.ru

Потапчик Елена Георгиевна – ведущий научный сотрудник Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ, кандидат экономических наук. Сл. телефон: 8 (495) 698-34-21, E-mail: epotapchik@hse.ru

Селезнева Елена Владимировна – аспирант НИУ ВШЭ. Сл. телефон: 8 (495) 621-63-97, E-mail: evselezneva@hse.ru

Институт экономики здравоохранения НИУ ВШЭ

Адрес: 101000, Москва, ул. Мясницкая, д. 20

For correspondence:

Sergey V. Shishkin – Scientific Director of the Institute for Public Health Economics of the National Research University at the Higher School of Economics, PhD, Dr. Economical Sciences, Tel. off.: 8 (495) 621-63-97, E-mail: shishkin@hse.ru

Elena G. Potapchik – Leading Researcher of the Institute for Public Health Economics of the National Research University at the Higher School of Economics, PhD in Economics, Tel. off.: 8 (495) 698-34-21, E-mail: epotapchik@hse.ru

Elena V. Selezneva – Fellow of the National Research University at the Higher School of Economics, Tel. off.: 8 (495) 621-63-97, E-mail: evselezneva@hse.ru

Address: the Institute for Public Health Economics of the National Research University at the Higher School of Economics, 20, Ul. Myasnitskaya, Moscow, 101000, Russia

Обзор источников информации по теме обязательного медицинского страхования и социальной сферы

Губернатор Санкт-Петербурга: задача модернизации здравоохранения - повысить доступность медпомощи

1 марта, губернатор Санкт-Петербурга Георгий Полтавченко принял участие в работе расширенной коллегии городского комитета по здравоохранению. Как сообщили корреспонденту ИА REGNUM в пресс-службе Смольного, на заседание были приглашены руководители городских больниц и поликлиник, санаториев, а также медицинских вузов.

В пресс-службе отметили, что на коллегии речь шла об итогах работы отрасли за 2011 год и задачах на 2012 год. Среди главных достижений петербургского здравоохранения - рост рождаемости и стабилизация показателя смертности населения. Эти показатели в Санкт-Петербурге лучше, чем в среднем по России.

В 2011 году в нашем городе родилось 57 тысяч детей - на 1400 младенцев больше, чем в 2010 году. В целом за последнее десятилетие продолжительность жизни петербуржцев возросла с 60 до 66 лет у мужчин и с 73 до 76 лет у женщин. Если эта демографическая тенденция сохранится, к концу 2012 года население Санкт-Петербурга может вновь достичь 5 миллионов человек.

Основное внимание сейчас уделяется выполнению масштабной Программы модернизации здравоохранения в Санкт-Петербурге в 2011-2012 годах. В ее рамках на капитальный ремонт и переоборудование учреждений здравоохранения, разработку медико-экономических стандартов и решение ряда других проблем выделено более 21 миллиарда рублей. Из них 14 миллиардов рублей - из федерального бюджета, 7 миллиардов - из городского бюджета.

В 2011 году на городское здравоохранение всего было выделено 72 миллиарда рублей - на 11,4 миллиарда рублей больше, чем в 2010 году.

Тем не менее, отметил губернатор, несмотря на выделяемые средства, проблем у петербургской медицины достаточно, и задачи перед отраслью стоят серьезные. Так, у горожан есть претензии к амбулаторной помощи - очереди в поликлиниках, нет возможности попасть к «узким» специалистам в приемлемые сроки, долгие ожидания по записи на диагностику, есть нарекания и на отношение к пациентам.

Георгий Полтавченко отметил, что программа модернизации здравоохранения в первую очередь должна быть направлена на повышение доступности медицинской помощи и улучшение ее как во взрослых, так и в детских поликлиниках.

Также необходимо ликвидировать и отставание по оказанию амбулаторной помощи в новостройках. В ре-

шении этой проблемы город сейчас рассматривает два варианта - либо строить крупные поликлинические комплексы, либо создавать многочисленные офисы семейного врача и предоставлять медикам служебное жилье рядом с работой. В этом свое слово должны сказать сами специалисты.

Губернатор предложил подумать о налаживании сотрудничества с предприятиями города, выпускающим лекарства и изделия медицинского назначения, и поручил председателю комитета по здравоохранению взять эту проблему под особый контроль, в том числе и в части привлечения широкого круга поставщиков на рынок льготного лекарственного обеспечения.

Георгий Полтавченко также поддержал идею пригласить студентов, окончивших 3-й курс, поработать в среднем звене медицинских учреждений. Для этого можно, в рамках горзаказа, сформировать городской медицинский студенческий отряд. Губернатор сообщил, что город и в дальнейшем будет индексировать зарплату медиков и искать новые пути решения кадровой проблемы в здравоохранении.

*REGNUM, Информационное агентство, Москва
(01-03-2012)*

Власти Москвы готовы строить объекты здравоохранения в парке «Москворецкий»

МОСКВА, 1 мар - РИА Новости. Власти Москвы согласились со строительством объектов здравоохранения для «Научного центра сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» в природно-историческом парке «Москворецкий» - на территории между МКАДом и западными границами участка по адресу: Рублевское шоссе, владение 135, сообщил в четверг РИА Новости источник в столичной администрации.

Как уточнил собеседник агентства, земельный участок на Рублевском шоссе, владение 135, предоставлен центру имени Бакулева на праве бессрочного пользования для строительства медицинских корпусов.

На этой площадке за счет средств Федеральной адресной инвестиционной программы и привлеченных средств планируется построить санаторно-реабилитационные центры для взрослых и пожилых пациентов, хирургический корпус, выставочный комплекс и общественный центр, институты неонатальной кардиохирургии, аритмологии, кардиологии, рентгенорадиологии заболеваний сердца и сосудов, экспериментальной сердечно-сосудистой хирургии и новых технологий.

Кроме того, здесь предполагается возвести многофункциональные корпуса и сопутствующие объекты коммунального назначения, а также создать парково-прогулочную зону и построить парковку.

По словам источника в мэрии Москвы, столичное правительство распорядилось подготовить проект планировки и проект межевания особо охраняемой природной территории «Природно-исторический парк «Москворецкий» (участка между МКАД и западными границами земельного участка, предоставленного центру имени Бакулева) и установить режим регулирования градостроительной деятельности для размещения объектов медицинского назначения и реабилитационных прогулочных зон.

При этом при необходимости предполагается корректировка границ особо охраняемой природной территории, сказал сотрудник администрации Москвы.

Согласно распоряжению столичной мэрии, в соответствии с проектом планировки планируется образовать и предоставить земельный участок центру имени Бакулева в безвозмездное срочное пользование для строительства санаторно-реабилитационного центра для взрослых и пожилых пациентов и создания парково-прогулочной зоны, добавил собеседник агентства.

*РИА Новости - Единая лента новостей,
Информационное агентство, Москва
(01-03-2012)*

Сергей Собянин дождался доктора

Арах Partners и РФПИ инвестируют в московское здравоохранение

Как стало известно «Ъ», подписано первое крупное соглашение о привлечении в московское здравоохранение средств частных институциональных инвесторов. Американский фонд Арах Partners и Российский фонд прямых инвестиций (РФПИ) вложат порядка \$200 млн в проект сети клиник в Москве, создающейся на базе группы «Медси» АФК «Система» и нескольких клиник, находящихся в собственности правительства Москвы.

Напомним, о перспективах развития частного здравоохранения в Москве Сергей Собянин заявил практически сразу после назначения его главой региона. По данным «Ъ», переговоры с институциональными инвесторами о привлечении средств в медицинские проекты в городе правительство Москвы начало уже летом 2011 года, но только в конце февраля 2012 года подписано крупное соглашение в этой сфере - инвесторами в этом секторе намерены стать американский фонд прямых инвестиций Арах Partners и РФПИ, который ранее (см. «Ъ» от 9 сентября 2011 года) уже вел переговоры с крупнейшим оператором частных клиник в Москве, группой «Медси» АФК «Система», о покупке до 25% акций компании.

Все стороны сделки до завершения процесса due diligence не комментируют ее параметры, хотя, по данным

«Ъ», она уже одобрена инвесткомитетами всех сторон. Как сообщили «Ъ» источники, близкие к переговорам, речь идет о создании на базе «Медси» и части имущественного комплекса ГУП «Медицинский центр» правительства Москвы (ГУП ММЦ) новой компании-оператора сети клиник. Предполагается, что АФК «Система» внесет в проект собственную работающую сеть клиник, получив в новой компании 50% капитала. 25% акций компании, которая предположительно будет работать под брендом «Медси», получит правительство Москвы, которое, соответственно, оплатит свою долю активами ГУПа. Наконец, по 12,5% капитала компании получают Арах Partners и РФПИ, оплатив свою долю денежными средствами.

Стоимость сделки для инвесторов не разглашается, по данным «Ъ», взносы Арах и РФПИ за блокпакет акций новой компании рассчитываются исходя из совокупной оценки стоимости будущей сети клиник в \$800 млн. Это в значительной степени совпадает с данными «Ъ» о сентябрьских переговорах РФПИ и «Медси», в которых стоимость «Медси» (31 медцентр в 18 городах РФ) оценивалась в диапазоне \$300-500 млн при объеме продаж компании в 2010 году в \$156 млн. ГУП ММЦ принадлежат три клинических больницы в Москве и четыре поликлиники. По данным «Ъ», структура сделки предполагает инвестирование средств Арах и РФПИ (порядка \$200 млн) в реконструкцию объектов объединенной компании, медоборудование и информатизацию сети. Объединенная компания будет заведомо крупнейшим оператором частного сектора здравоохранения как минимум в Московском регионе, в перспективе в 2014-2015 годах планируется развитие ее бизнеса за пределами Москвы. Сеть, как предполагается, будет работать и в системе обязательного медицинского страхования (ОМС), так и в нерегулируемом секторе.

В РФПИ «Ъ» отказались давать какие-либо комментарии к сделке, которая в любом случае является для российского рынка крайне важной. Дело в инвесторе: Арах Partners является одним из крупнейших в мире инвесторов в проекты в области частного здравоохранения в мире, объем портфеля инвестиций фонда в этом секторе превышает \$9 млрд. Крупнейшие сделки Арах последних лет - вхождение в капитал индийской компании Apollo Hospitals (инвестировано около \$170 млн, более 30 тыс. медперсонала, 50 собственных и партнерских клиник), инвестиции в размере \$292 млн в группу Cario (10 тыс. человек персонала в 60 клиниках в Великобритании, Франции, Германии, Швеции и Норвегии), вхождение в капитал крупной британской сети клиник GHG (9 тыс. человек медперсонала в 67 клиниках, инвестировано \$443 млн). Для российского рынка здравоохранения инвестор такого масштаба крайне важен именно как «стартовая история» - поэтому, по данным «Ъ», проектом активно занимались в Минэкономике РФ, а первую информацию о вложениях РФПИ в здравоохранение изложил 27 февраля первый заместитель главы Банка России Алексей Улюкаев.

Напомним, госфонд прямых инвестиций создан в 2011 году в рамках инициативы президента Дмитрия Медведева по совместному инвестированию частных иностранных институциональных инвесторов и фонда в «знаковые» проекты. Вложения Арах в российский рынок здравоохранения вполне соответствуют этой идее. В 2011 году оборот сектора ОМС в России превысил \$20 млрд, «легальная» доля частного здравоохранения в России на порядок меньше, однако платежеспособный спрос на частную медицину при проблемах госсектора в здравоохранении велик. Если вхождение Арах на российский рынок частной медицины будет относительно беспрепятственным, идея Сергея Собянина о создании в Москве кластера высокотехнологичной медпомощи сильно продвинется в реализации - сделка с Арах вполне может стать «модельной» в сильно недоинвестированном секторе здравоохранения в РФ.

*Коммерсантъ, Газета, Москва, Дмитрий Бутрин
(05-03-2012)*

В Брянске завершены ремонт и переоборудование областного кардиодиспансера

Сразу три отделения Брянского областного кардиологического диспансера открылись после ремонта 29 февраля. С их открытием кардиодиспансер официально заканчивает ремонт и начинает работать на полную мощность, сообщили Regnum Центр в областном департаменте здравоохранения.

В рамках программы модернизации здравоохранения Брянской области (2011-2012 гг.) завершены ремонтные работы в кардиологическом отделении № 2, № 3 круглосуточного стационара и клинично-диагностической лаборатории. Это должно было случиться еще 1 ноября прошлого года, но реконструкция задержалась по вине подрядчиков.

После ремонта помещения приняли более современный вид. Палаты стали светлее, заменены окна, появилась новая мебель. Кроме того, с введением стационарных отделений здесь можно будет принять дополнительно 50 больных. Помимо этого за счёт выделенных средств приобретено оборудование в кардиологическое отделение № 3 - система теле-ЭКГ, с возможностью наблюдения за пациентами посредством вывода ЭКГ-показателей на пульт слежения и при необходимости вводить корректировки в лечение.

Увеличит свои мощности теперь и клинично-диагностическая лаборатория, что позволит проводить в Брянске новые виды исследований. На сегодняшний день в лаборатории выполняется около 100 различных видов анализов. Исследования проводятся на современном оборудовании, количество которого растёт. За счёт средств программы модернизации здравоохранения

для лаборатории был приобретён новейший биохимический анализатор швейцарской фирмы «Roche» - Cobas INTEGRA-400 plus, который позволит выполнять более 40 комплексных исследований. Это даст возможность осуществлять анализы не менее 500 пациентам в день.

Всего на ремонт кардиоцентра и закупку оборудования было потрачено более 80 млн. рублей.

*REGNUM, Информационное агентство, Москва,
(02-03-2012)*

Министр Татьяна Голикова на итоговой коллегии Федерального медико-биологического агентства РФ: медицинские учреждения ФМБА должны войти в систему ОМС

Глава ведомства приняла участие в заседании итоговой коллегии ФМБА России, на которой были подведены итоги работы в 2012 г.

Министр сообщила, что в 2010-2011 г. были приняты системные законы, которые играют важную роль в развитии системы здравоохранения.

«С 2013 года полноценно заработает закон «Об обязательном медицинском страховании». Медучреждения ФМБА должны быть инкорпорированы в систему ОМС. Зачастую на уровне регионов федеральные учреждения в ОМС не пускают, но это прямое нарушение закона. К 2013 году переходный период закончится, и таких проблем быть не должно», - сказала Татьяна Голикова. По словам главы ведомства, в этом вопросе ключевой момент – это «взаимодействие ФМБА и глав регионов».

«В рамках программ модернизации на учреждения ФМБА заложены средства, объем которых в три раза превышает ежегодный финансовый ресурс агентства на эти цели», - сказала глава Минздравсоцразвития России. По ее словам, средства на модернизацию учреждений пойдут по двум направлениям: текущий и капитальный ремонт и информатизация. «Направление по внедрению стандартов медицинской помощи будет реализовано через региональные программы госгарантий оказания бесплатной медицинской помощи», - сказала министр.

Как подчеркнула Татьяна Голикова, ФМБА России должны представить к 24 марта в Министерство информацию о своей программе модернизации. «Ежемесячно Росздравнадзор и ФОМС проводят мониторинг мероприятий по модернизации. Эти мероприятия должны сопровождаться качественным изменением оказания медицинской помощи», - подчеркнула глава ведомства.

Также Татьяна Голикова отметила изменения в работе службы медико-социальной экспертизы, но добавила, что ратификация Конвенции ООН по правам инвалидов «потребуется существенных изменений в работе службы».

Кроме того, глава Минздравсоцразвития сообщила, что «Правительство РФ приняло решение о том, что медучреждения ФМБА России войдут в систему всероссийской службы медицины катастроф».

Татьяна Голикова отметила успехи агентства в реализации программы развития службы крови и поручила к 20 марта 2012 года направить в министерство концепцию развития службы крови на последующие годы.

В заключение Татьяна Голикова отметила, что вскоре пройдут три важных спортивных мероприятия: универсиада в Казани, Олимпийские игры в Лондоне и Сочи. Медицинское сопровождение этих мероприятий будет осуществляться специалистами ФМБА России. «Прошу обратить внимание, что к этим мероприятиям необходимо тщательно подготовиться. Это включает и рутинную работу – должен быть подготовлен порядок по оказанию медпомощи спортсменам сборных команд», - сказала министр.

*ПарлКомм, On-line СМИ, Москва
(13-03-2012)*

Москва создает единую медицинскую информационно-аналитическую систему

30 января комиссия Мосгордумы по здравоохранению и охране общественного здоровья рассмотрела вопрос «О ходе информатизации учреждений здравоохранения в городе Москве в рамках реализации программы модернизации здравоохранения».

В мероприятии приняли участие члены Экспертного совета по информатизации здравоохранения города Москвы, главные врачи ряда городских медучреждений, руководители частных клиник.

Советник руководителя Департамента информационных технологий столицы Владимир Макаров сообщил о создании единой медицинской информационно-аналитической системы Москвы, которая должна полностью начать функционирование до конца этого года.

По его словам, в апреле 2011 г. между Минздравсоцразвития России, Фондом обязательного медицинского страхования и Правительством Москвы было подписано соглашение, определившее участие столицы как субъекта Российской Федерации в общероссийской программе модернизации здравоохранения.

Финансирование программы производится как из федерального бюджета, так и из городской казны. По словам Владимира Макарова, сегодняшняя задача состоит в создании базовой инфраструктуры для информатизации московских медицинских учреждений. Он выделил ряд направлений проекта. Во первых, запуск единой электронной регистратуры, благодаря которой на прием к любому врачу можно будет записаться по Интернету или через терминал при помощи универсальной электронной карты москвича. Во-вторых, обеспечение надежной и удобной системы хранения и передачи медицинской информации внутри системы здравоохранения, а также предоставление населению возможности

получения льготных лекарственных средств в аптеках. При этом будет осуществляться постепенный переход на электронные рецепты. Наконец, осуществление мониторинга и контроля за работой лечебно-профилактических учреждений.

Москвичам не придется проходить процедуру предварительной регистрации. Достаточно будет указать номер полиса ОМС. Системой «записи на прием к врачу» предполагается охватить абсолютно все государственные медицинские учреждения города, которые осуществляют амбулаторный прием граждан (около 550 медицинских учреждений и 80 тыс. медработников).

*Главная медицинская сестра, Журнал, Москва
(15-03-2012)*

«Российская газета»:

«Медицина на больничном»

Электронная запись уменьшит очереди в поликлиниках

Уже с 2014-2015 года в России будет введено лекарственное страхование - в первую очередь для льготников, детей, больных некоторыми хроническими заболеваниями. В ближайшие годы расходы на бесплатную медицину достигнут 5,5% ВВП. Поликлиники должны работать и по субботам, пусть и не в полном объеме, чтобы работающим людям легче было попасть на прием к врачу. А проблему очередей отчасти решит перевод поликлиник на электронную запись к специалистам. Обо всем этом рассказала «Российской газете» министр здравоохранения и соцразвития Татьяна Голикова.

Татьяна Алексеевна, много говорится о том, что нужно следить за здоровьем задолго до того момента, когда нам понадобится больничный лист. Работающему человеку делать это в нынешних условиях невозможно. Только - в коммерческих клиниках, которые работают и поздно вечером, и в выходные... Может быть, волевым порядком расширить рабочий график и муниципальных поликлиник, например, сделать субботу рабочим днем?

Татьяна Голикова: Я вас, наверное, удивлю, но, по официальным документам (есть такой приказ минздрава), суббота - рабочий день. Выходной один - воскресенье. Но, надо признать, норма эта не везде работает: в лучшем случае в субботу вы найдете в поликлинике дежурного врача, реагирующего только на самые «острые» ситуации. Проблема известная. Это старый приказ. Сейчас в связи с принятием Закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» обновляется вся нормативная база, и этот приказ будет изменен.

Но решать проблему очередей и сложностей с «попаданием» на прием к специалисту можно не только изменением графика работы лечебных учреждений. По программе модернизации здравоохранения все лечебные учреждения обязаны открыть свои сайты в Интернете и предоставить возможность электронной записи к врачу,

дистанционного получения направлений на анализы, на консультации специалистов и так далее. Это - реальная возможность уменьшить наплыв пациентов, очереди если не исчезнут, то станут меньше.

Миллион сельскому Айболиту

Недавно прошло сообщение, что первый врач из Оренбурга уехал работать на село, получил свой миллион и присмотрел себе жилье. Как вы оцениваете эту программу, будут ли еще приняты какие-то меры, чтобы ситуация с обеспеченностью кадрами, с качеством, с подготовленностью врачей в городе и на селе выровнялась?

Татьяна Голикова: В экспертном сообществе существует два полярных мнения: одни говорят, что в России переизбыток врачей, другие - недостаток. Как ни странно, правы и те, и другие. Врачей действительно много. Но в первичном звене, особенно в сельской местности, их остро не хватает.

Не хватает и специалистов определенных профилей - хирургов, онкологов, реаниматологов.

Исправляем ситуацию несколькими путями: во-первых, переориентируем имеющихся врачей, чтобы они прошли переподготовку по необходимым специальностям. Во-вторых, вместе с Минобрнауки корректируем подготовку молодых специалистов. Уже два года все регионы на основании нашего запроса заполняют так называемый кадровый регистр, где указывают буквально «поштучно», сколько и каких специалистов нужно, кто в дефиците. Это дает нам возможность вместе с советом ректоров медицинских и фармацевтических вузов реально планировать количество студентов по разным специальностям.

Что касается стимулирования молодых специалистов, это задача не на один год, в том числе, и потому, что образование врача продолжается много лет. Закон «Об охране здоровья граждан в РФ» серьезно изменил, или, точнее, дополнил существующий алгоритм подготовки врачей. Мы ввели в закон норму, которая говорит, что студенты медицинских вузов, окончив общий курс обучения, могут сразу пойти работать в первичное звено - терапевтами, врачами общей практики. Без окончания интернатуры или ординатуры. По новым образовательным стандартам после третьего курса у этих студентов усиливается практическая подготовка. Интернатуру для вновь поступивших в 2011 году решено отменить. Кроме того, теперь студентам старших курсов разрешается быть зачисленными в штат и работать на должностях среднего и младшего медицинского персонала. Это и практика, и возможность смягчить проблему с нехваткой медсестер.

Да, но классного хирурга таким образом не выучить..

Татьяна Голикова: Узкие специалисты по-прежнему будут готовиться в ординатуре. При этом количество лет обучения в ней дифференцируется в зависимости от специализации.

Понятно, что стимулировать молодые кадры нужно. Но вот представьте: Марья Ивановна отработала 25-

30 лет в родном селе, честно, хорошо. И вот приезжает молодой врач, получает миллион, новое жилье, а старый доктор так и живет в своем старом доме. Разве это справедливо?

Татьяна Голикова: По поводу миллиона рублей. Безусловно, это позитивная мера, но этого недостаточно. Федеральный фонд ОМС выделяет эти субсидии регионам в зависимости от количества специалистов, которые хотят ехать на село. Но обязательное условие к выделению этих денег - чтобы регион, в свою очередь, предоставил молодому врачу жилье, дал иные социальные гарантии. Цель - привлечь и закрепить молодые кадры в сельской медицине. Что касается тех, кто уже живет и трудится на селе, здесь все-таки задача другая - обеспечить достойные условия труда, включая зарплату.

К слову, когда программу начинали, регионы нам говорили: вот хороший способ придумали, миллион всех привлечет, все поедут. Оказалось, всё не так просто. В декабре прошлого года предполагали, что порядка 5-6 тысяч молодых врачей заявят о переезде. Но с начала года мы перечислили пока деньги только на тысячу специалистов. Правда, постепенно программа набирает обороты. Кстати, она распространяется и на тех молодых специалистов, кто приехал на село в 2011 году.

Выбираю хорошего доктора

С 1 января 2017 года планируется перейти от лицензирования учреждений к лицензированию врача. Что даст введение таких лицензий?

Татьяна Голикова: Прежде всего повысится ответственность каждого конкретного врача, с него лично можно будет спросить за качество оказываемой помощи.

Мы пока только обсуждаем со специалистами, как будет проходить лицензирование, но вы правильно задали вопрос: если человек не проходит переподготовку, значит, он не имеет права претендовать на подтверждение документа, разрешающего заниматься медицинской деятельностью. И это требование будет единым для любой клиники - государственной или частной, все равно.

Вы сказали, сейчас уже реально выбрать врача. Подтверждаю: при мне знакомый звонил, чтобы записаться к невропатологу - ему предложили на выбор любого из трех специалистов. Весь вопрос - как выбрать?

Татьяна Голикова: Да, эта норма полноценно начала работать с 1 января 2012 года. Конечно, пока не пообщаешься с врачом, не полечишься у него, сделать объективный выбор трудно. Хотя «сарафанное радио», мнение родных, знакомых тоже работает. Тем не менее мы стараемся помочь пациентам сделать «первичный» выбор.

Начиная с этого года, как я уже упоминала, все лечебные учреждения постепенно обзаведутся собственными сайтами, где должны быть данные обо всех врачах: опыт работы, специализация, дополнительное образование и переподготовка, - чтобы у пациента была информация, кого он выбирает. Уже по результатам первого года работы, думаю, можно будет делать выводы о профессиона-

лизме того или иного врача. Сколько пациентов ушло от него, сколько осталось, какие отзывы, сколько жалоб.

В здравоохранение сейчас - это признают даже скептики - вливаются как никогда серьезные деньги. Во многих клиниках обновлено диагностическое оборудование, атмосфера поменялась. Но в других - по-прежнему облупившиеся стены, а у врачей руки не доходят до пациентов. Наверняка многое зависит от конкретного руководителя – главврача.

Татьяна Голикова: Приведу простой пример. В 2008 году, когда переходили на новые системы оплаты труда во всей бюджетной сфере, мы для подведомственных учреждений Минздравсоцразвития разработали критерии оценки деятельности руководителя. Там довольно много показателей, которые дают представление о результатах работы учреждения. От этого зависит и премирование руководителей. Более того, результаты ежеквартально размещаем на своем сайте, эта открытая информация доступна для всех руководителей, находящихся в нашей системе. Когда некоторые из них оказались либо вовсе депремированными, либо частично депремированными, им было крайне некомфортно, когда их же коллеги видели, какие у них оценки деятельности. Система жесткая, но, по-моему, работает она достаточно успешно.

В системе первичного звена это сделать проще, и мы ставим такую задачу перед региональными властями. Нам надо переходить на оценку деятельности главных врачей. Самое главное, чтобы она была публичной не только для тех, кто их назначает, но и для всех пациентов. Не сразу, но, думаю, эффект будет. А если еще «не спускать», если есть нарушения, освободить одного-другого руководителя, уверяю вас, остальные обязательно подтянутся.

Когда принимался новый закон, самые бурные дискуссии были по поводу статьи о платных медуслугах. Закон не разрешает брать деньги за исследование, если есть очередь из «прикрепленных» к этой клинике пациентов. Но по факту нередко, чтобы сделать, скажем, томограмму бесплатно, нужно ждать 2-3 месяца. За деньги - пожалуйста, хоть сейчас...

Татьяна Голикова: Это одна из сложнейших тем нашего здравоохранения. В 90-е годы, когда вообще не было денег на здравоохранение, платные услуги были разрешены, чтобы медучреждения могли зарабатывать на обеспечение обычной текущей работы. Но не надо забывать, что принцип бесплатного оказания медпомощи у нас закреплён конституционно и никто его не отменял.

Когда есть возможность предоставить медпомощь, но ее не предоставляют, а предпочитают взять за это деньги, а плановую очередь отодвинуть на более поздние сроки, это, однозначно, нарушение законодательства. Закон об обязательном медстраховании говорит, что каждый регион, принимая свою территориальную программу бесплатного оказания медицинской помощи, должен устанавливать предельные сроки проведения плановых обследований. К сожалению, до сих пор многие регионы затягивают с принятием таких нормативных актов. Картина пестрая - в

каких-то регионах разбалансирована программа, в ней не хватает денег, в других - действуют по инерции, не ломают сложившуюся за много лет практику.

Со следующего года, когда страховой тариф, который сейчас идет на модернизацию, начнет финансово обеспечивать медуслуги в рамках программы госгарантий, мы сможем более жестко спрашивать с регионов за ее выполнение.

При этом подчеркиваю, когда сегодня оборудование, купленное за государственный счет, большую часть времени работает на коммерческой основе в ущерб оказанию бесплатной помощи, - это безусловное нарушение, с которым надо бороться. Понятно, что искоренить моментально это невозможно. Всех за руку сразу не поймаешь. Но и Росздравнадзор, и министерство работают с обращениями граждан по этому поводу.

К слову, мы продолжаем делать все от нас зависящее, чтобы финансирование здравоохранения улучшалось. Первоначально, напомню, была поставлена задача, чтобы тратить на медицину 5-6% ВВП только к 2020 году. Но в программе развития здравоохранения, над которой мы сейчас работаем, мы надеемся, что сможем достичь этого уровня на несколько лет раньше.

Таблетка по страховке

Последние два года министерство и вы вели очень жесткую работу по лекарствам.

Татьяна Голикова: За это мне и доставалось...

Результат тем не менее налицо: цены на жизненно важные препараты стоят с 2009 года, и дефицита, которым пугал фармбизнес, тоже пока не наблюдается...

Татьяна Голикова: Дефицита препаратов действительно нет. Если какое-то лекарство уходит с рынка, то это чаще связано не с госрегистрацией цен, а с тем, что какие-то препараты перестали выпускаться, какие-то стали невостребованными, поскольку появились более качественные аналоги.

Как вы сейчас оцениваете то, что начиналось два года назад: решение о жестком госрегулировании цен было правильным?

Татьяна Голикова: Это было необходимой мерой на тот период. Вы ведь помните, что тогда творилось с ценами: рынок буквально взбесился, это было просто за пределами здравого смысла.

Возможно, мы не избежали ошибок и перегибов, нам дважды пришлось пересматривать методику установления предельной отпускной цены, которая подлежит госрегистрации. Ввели все это в Закон «Об обращении лекарственных средств». И, как вы сами сказали, все это дало положительный результат. Поэтому отказываться от госрегистрации цен было бы неправильно, не по государственному.

При этом мы получили еще один важный результат: поскольку регистрируются цены на жизненно важные и необходимые препараты, которые входят в стандарты лечения, мы сумели оценить стоимость лекарственной составляющей при оказании медицинской помощи.

А это уже первый шаг к возможности со временем перейти к лекарственному страхованию.

За лекарственное страхование выступают и фарм-компании, и экспертное сообщество. Для читателей напомню: речь идет о том, что, когда человек заболевает, за счет страховки ему полностью или частично компенсируется стоимость лекарств. Каковы перспективы внедрения лекарственного страхования в России?

Татьяна Голикова: Почему обсуждается тема лекарственного страхования или другого механизма лекарственного возмещения? У нас в России лекарства для больниц, для обеспечения пациентов в рамках федеральных и региональных программ закупаются по ФЗ-94 о госзакупках. Главным критерием при этом остается минимальная цена. В результате нередко пациенты страдают, лишаясь привычного препарата, потому что на торгах побеждает другая компания, предложившая более дешевый аналог. Естественно, пациентские сообщества недовольны, в частности, от Всероссийского общества инвалидов, мы это слышим, а это 13 миллионов наших граждан. Той же точки зрения придерживаются и во Всероссийском обществе пациентов.

Нам говорят, и в этом есть свой резон, что предпочтительнее иметь такой механизм, когда лекарства продаются не на торгах, а когда устанавливается конкретная цена возмещения по каждой группе препаратов. И в любой аптеке можно приобрести лекарство. Устраивает более дешевый аналог - берешь дешевое, если его стоимость ниже цены возмещения, оно вообще будет выдаваться бесплатно. Если хочешь лечиться более дорогим оригинальным препаратом - doplачиваешь разницу между аптечной ценой и ценой возмещения.

Вопрос в том, на каком уровне устанавливать эту планку - цену возмещения. Если на маленьком, пациентам все равно придется много платить. На высоком - резко возрастут расходы государства...

Татьяна Голикова: Да, вопрос установления референтной цены - ключевой. В России разброс по ценам в каждой группе препаратов одного спектра действия очень большой. Очевидно, сразу «бросаться» в такие дебри нельзя. Правильнее всего, просчитав разные варианты теоретически, на примере конкретного региона провести пилотный проект в рамках имеющихся финансовых ресурсов - определить, дешевле это окажется или дороже, возрастает удовлетворенность населения или нет, а затем принять решение для всей страны.

С кого вы предполагаете начать? Наверное, логично, если это будут пенсионеры, не пользующиеся лекарственной льготой, то есть не инвалиды. Эксперты предлагают также ввести лекарственное страхование для определенных групп больных, например, сердечно-сосудистыми заболеваниями, где регулярный прием определенных препаратов может надолго отодвинуть катастрофические осложнения (инсульты, инфаркты)...

Татьяна Голикова: Я уже сказала, что программу требуется скрупулезно просчитать. Мы, например, довольно

точно знаем количество и потребности в финансировании лекарств для федеральных льготников, поскольку Пенсионный фонд ведет их регистр. Что касается региональной льготы, там ситуация более сложная. В значительном количестве регионов нет регистров больных, которые обеспечиваются лекарствами за счет региональных бюджетов.

Думаю, начать нужно с тех, кто сегодня имеет право на льготные лекарства. Это федеральные льготники и те, кто сегодня является льготниками в субъектах РФ. Там, кстати, есть люди, которые имеют право на 50-процентную скидку на лекарства.

В общей сложности, по нашим предварительным оценкам, речь идет о 26-27 миллионах человек. В 2014-2015 годах уже могут быть введены элементы возмещения или страхования на примере льготных категорий граждан. Это - первый этап.

Если же говорить обо всем населении, для начала я бы взяла самых социально не защищенных: пожилых и детей, а также людей, страдающих некоторыми хроническими заболеваниями, в том числе онкологическими. Хотя я далека от мысли, что мы сможем полностью за счет государства обеспечить их лекарствами, но можно было бы ориентироваться на частичное возмещение стоимости наиболее дорогих препаратов.

Пока ситуация с обеспечением современными препаратами раковых больных в регионах очень тяжелая.

Татьяна Голикова: Я этого не отрицаю. Реализуя онкологическую программу, мы ориентируем регионы на раннее выявление раковых заболеваний. Соответственно, растет количество больных, которым поставлен такой диагноз. Но ведь мало просто установить, что человек болен, надо поставить его на учет, вести его, оказывать адекватную медицинскую и лекарственную помощь. Следовательно, требуется закладывать больше средств на приобретение противоопухолевых препаратов. Во многих регионах, к сожалению, это не выстроено. И даже регистры таких больных не ведутся...

Мы проводили совещания с регионами, обращали внимание, что некоторые не только не увеличили, но даже сократили объем финансирования на приобретение противораковых лекарств. К нам в министерство идет много жалоб от граждан, пациентское общество к нам обратилось, чтобы мы вмешались в ситуацию.

Мы запросили у регионов статистику, чтобы они определили, какому количеству людей на их территории подобного рода лекарственная помощь нужна. Есть положительный пример с туберкулезом: составлены регистры больных, просчитаны потребности, и федеральный бюджет помогает регионам закупать наиболее дорогие препараты. И есть результат: в течение последних двух лет мы имеем очень хорошую динамику по снижению заболеваемости туберкулезом и смертности от него. Прятать голову в песок - не решение проблемы. Поэтому с онкологическим направлением нужно делать то же самое. И как можно быстрее.

Пациентам на заметку

Татьяна Голикова подчеркивает: с нынешнего года в нескольких регионах - Белгородской, Ивановской, Свердловской, Волгоградской, Омской областях, Республике Саха-Якутия, Ставропольском и Забайкальском краях - уже отрабатываются пилотные проекты по информатизации лечебных учреждений. Здесь можно записаться к врачу через Интернет, поликлиники постепенно переходят к ведению историй болезни в электронном виде. Постепенно эта система охватит всю территорию страны. Это очень сложная работа, особенно, если учесть масштабы страны. Но так должны работать все лечебные учреждения, начиная от муниципальных и заканчивая федеральными.

*<http://www.government.ru/smi/press/3238/>
Правительство РФ, Государственная структура,
Москва,
(15-03-2012)*

Доктор прописал

Руководитель департамента здравоохранения города Москвы Леонид Печатников рассказал о том, как он уменьшает в разы закупочную стоимость медоборудования и цены на лекарства, снижает в столице до европейских показателей детскую смертность и проводит модернизацию столичного здравоохранения, а также о том, как относится к угрозам в свой адрес.

- Что изменилось в системе здравоохранения Москвы с вашим приходом (с декабря 2010 года)?

- До работы в правительстве Москвы я никогда не был чиновником. Всю жизнь я лечил больных. Возглавив департамент, самые большие проблемы, которые я увидел, - это проблемы на уровне поликлинических врачей и поликлиник, а именно полное отсутствие преемственности между амбулаторно-поликлиническим звеном и стационаром. Я провозгласил курс на сближение системы организации здравоохранения с интересами лечащих врачей и главным образом больных.

Мы должны понимать, что если во всем мире 70% проблем решает амбулаторно-поликлиническая сеть и только 30% нуждающихся идут в больницы, то сегодня мы отправляем в больницу даже тех, кто вполне может лечиться и дома, и в поликлинике. Эту тенденцию нам надо переломить.

- В чем заключается реорганизация?

- Мы расширяем сеть консультативно-диагностических центров. Вообще, их создание не моя идея, а Евгения Ивановича Чазова, когда он был министром здравоохранения. В этих хорошо оснащенных амбулаторных центрах пациент поликлиники получает возможность доступа к высокотехнологичной технике. Сейчас таких центров в Москве всего шесть. На такой гигантский город этого явно не достаточно.

Поэтому первая задача - создание на базе крупных поликлиник новых амбулаторных центров. К концу 2012 года их должно стать 48, то есть это в восемь раз больше, чем сейчас. На каждый из этих центров будет замыкаться три-четыре участковых поликлиники. То есть доступность к высокотехнологичной медицинской помощи будет увеличена в восемь раз.

Кроме того, мы создаем сеть с четкой вертикалью в наркологии, психоневрологической помощи, дерматологии, онкологии. Например, раньше кожно-венерологические диспансеры жили как удельные князья - сами по себе. Мы создали единый научно-практический центр, который осуществляет методическое руководство, все диспансеры стали его филиалами. Сейчас, в какой бы диспансер человек ни обратился, его вылечат по единому стандарту. Мы реанимируем онкологическую помощь за счет того, что к каждой крупной многопрофильной или специализированной больнице присоединяем онкодиспансеры как амбулаторные поликлинические звенья.

Человеку не надо бегать по Москве, искать, где его вылечат: он попадает в систему.

- Москва утвердила большую программу модернизации здравоохранения на пять лет стоимостью более 1 трлн рублей. Каковы ее основные задачи?

- Первая задача - это улучшение материально-технической базы, ремонт и оснащение медучреждений новой техникой. Вторая - информатизация. Представьте, что вы пришли в участковую поликлинику, вас посмотрел врач-невролог и сказал, что вам надо сделать компьютерную томографию. Но в поликлинике нет компьютерного томографа, он стоит в базовом амбулаторном центре. Врач согласовывает с вами время, когда вам удобно ее сделать, и со своего рабочего места вас записывает. Вот это одно из немногих, что мне очень дорого в информатизации. В поликлиниках мы устанавливаем инфоматы. Мэр поставил четкую задачу, что интернет-запись на прием к врачу и единая электронная регистратура должны заработать уже в этом году. Другая задача - это повышение стандартов. И повышение зарплаты медработникам.

- А денег хватает?

- Очень важно их потратить с умом, не разбазарить, не дать возможности разворовать. Это задача, которую в первую очередь поставил мэр. Сейчас идут большие строительные работы. Капитальным строительством занимается соответствующий департамент. Что же касается текущих ремонтов, то за прошлый год на этом мы сэкономили около 12% бюджетных ассигнований, сумели более 100 объектов отремонтировать дополнительно.

Мы в прошлом году начали покупать оборудование не только для крупных стационаров, но и для поликлиник. Москвичи получают в свое распоряжение высокотехнологичную технику, включая компьютерные и магнитно-резонансные томографы. Если нам удастся до конца года завершить это оснащение и реорганизацию всего амбулаторно-поликлинического звена, то думаю, что любой москвич это на себе почувствует.

- Как вам удалось снизить цены при закупках?

- Я пришел из частной клиники, где все такое же оборудование покупалось не за государственные деньги, а за свои кровные. Я увидел, что все это можно купить минимум вдвое дешевле. Тогда я вернулся в свою частную клинику и обратился к ее владельцам, которые этим занимались. Я говорю: ребята, вы покупали за свои кровные, купите за эти же деньги городу, я же тогда могу за цену одного компьютерного томографа купить два. Они посмотрели объемы и сказали, что при таких объемах они могут купить даже дешевле, чем себе. В итоге цены были снижены минимум в три раза, а по некоторым позициям - в десять раз.

Например, самая распространенная машина для поликлиник - компьютерный томограф 64 среза последний раз до кризиса 2008 года был куплен за \$7 млн. Я купил такие компьютерные томографы последнего поколения 64 среза за \$700 тыс. Почему так произошло? Снизил ли цены производитель в десять раз или потому, что была такая оптовая закупка, мне сказать сложно. Это был конкурс, на который было подано девять заявок от практически всех производителей. Компьютерный томограф 80 срезов фирмы «Тошиба» - один из самых современных в этом классе. Это выше класс, чем томограф 64 среза, который два года назад был куплен за \$ 3,6 млн. Нам удалось купить его за \$1,1 млн.

- Все-таки как же удалось так снизить цены?

- Я понимаю это так, что на рынке появились новые поставщики, которые работают, извините, по европейским стандартам, с маржинальностью не в 200%, не в 300%, а с нормальной европейской маржой в 15%, а чистой - порядка 7-9%. Поэтому все эти торги и были таким шоком для рынка. Вслед за этим цены начали падать по всей России.

- Проходила информация, что у вас есть предпочтения к определенным компаниям. Связывали новых поставщиков с Европейским медицинским центром, где вы раньше работали.

- Я в первую очередь был главным врачом этой клиники (ЕМЦ.- «Ъ»). Во вторую - мелким акционером: имел 2% акций в Европейском медицинском центре. Когда пришел на эту должность, я их продал, как от меня требует закон. Компании-поставщики с Европейским медицинским центром не имеют ничего общего, кроме одного: собственности компаний одни и те же. Возникает ли у меня конфликт интересов? Как вы понимаете, все, что я буду говорить, это будет голословно, правда? Но поделиться со мной своей маржой в 6% или 7% они мне не предлагали. Я еще раз говорю, что эти люди мне не родственники, их даже трудно назвать партнерами по бизнесу. Я был у них, по сути, наемным работником. Они были моими работодателями.

- А к вам действительно приходили и предлагали взятки?

- Ко мне никто не приходил, потому что я никого не принимал. С первого дня у меня было табу на приход в мой кабинет любых поставщиков, как медикаментов, так и медоборудования. Мне звонили и предлагали дружбу. Но, вы понимаете, для дружбы с этими людьми я уже староват, у меня уже сформированный круг друзей, поэтому новых

друзей, особенно из этого бизнеса, мне не нужно. Потом мне начали намекать на то, что, в общем, это небезопасно. (На машину Леонида Печатникова однажды чуть не упала подпиленная сосна. Водитель вовремя затормозил.- «Ъ»). Я и сейчас понимаю, что это небезопасно. Но что мне остается делать? Либо надо все это бросить, либо уже надо попытаться довести это до какого-то логического конца. Я, правда, не такой уж смелый, поэтому, когда начались какие-то угрозы, я сказал об этом мэру, мэр связался с ФСБ. Сейчас у меня в департаменте работают сотрудники ФСБ, отслеживают всю тендерную документацию. И, как мне было сказано, они за мной присматривают. За что я им, конечно, благодарен. Им и мэру.

- Как складывается ситуация с закупками лекарств?

- Во-первых, мы полностью изменили систему закупок лекарств. Все торги по лекарствам проводятся только на электронных аукционах. Во-вторых, по прямому указанию антимонопольной службы мы стали проводить электронные аукционы по принципу «один лот - одно международное непатентованное наименование». Поэтому нам удалось снизить цены на закупаемые лекарства почти на четверть. Сегодня экономия бюджета по закупкам медоборудования, по данным департамента экономической политики города Москвы, составляет 36,7%. То есть это почти 6 млрд руб. Но в результате вместо 6 поставщиков лекарств мы получили 66. Закупочные цены оказались ниже, однако мы стали более зависимы, что какого-то одного лекарства может и не быть.

- Как вы можете оценить качество закупаемых лекарств?

- Я хотел бы этого не комментировать.

- Почему?

- Мы делаем госзакупки только на те лекарства и оборудование, которые зарегистрированы в Минздраве РФ. Приходят на аукцион авторы разработки с самым дорогим, оригинальным препаратом и приходят компании, предлагающие дженерики. Мы покупаем самое дешевое.

- Но не лучшее лекарство?

- Думаю, что, может быть, не лучшее. Приведу пример. Есть лекарство для разжижения крови, знакомое многим пациентам,- плавикс. Если вы зайдете в любую аптеку, то вы увидите, что 28 таблеток этого лекарства стоят 4,5-4,7 тыс. рублей. Мы закупили по химическому названию и по дозировке то же самое, что и плавикс, но за 270 рублей. Меня интересует: может ли это быть одно и то же лекарство? Это полный аналог плавикса? При цене в 20 раз дешевле, сомневаюсь, но не купить не могу.

- Поскольку по закону должны купить препарат с низкой ценой?

- Да. Поэтому требования к каждому новому зарегистрированному лекарству и каждому новому зарегистрированному медицинскому прибору должны быть в сотни раз повышены. Регистрировать для обращения на фармрынке надо только те лекарства, которые показали свою эффективность, только самые лучшие, тогда не будет проблем ни с конкурсами, ни с аукционами, ни с коррупцией. Это нужно для того, чтобы мы понимали, что не купили

дрянь. Но пока это не так, модернизация здравоохранения невозможна без ручного управления.

- Что вы делаете, чтобы окончательно исправить ситуацию?

- Со следующего года мы полностью меняем принцип закупки лекарств. Из ГУП «Столичные аптеки», которое будет реструктурировано и приватизировано, мы выделим 76 аптек как бюджетных учреждений. Они будут выполнять социальную функцию, торгуя наркотиками и сильно действующими лекарствами. Вы понимаете, что не каждая аптека за это берется. Также на эти аптеки будет возложена функция распространения покупаемых нами льготных лекарств. Со склада лекарства будут развозиться в эти аптеки, а дальше - в киоски ближайших поликлиник. И если вдруг не хватает какого-то лекарства, то в течение часа-двух из соседней аптеки оно может быть доставлено. Мы надеемся, что уже никаких срывов поставок лекарств не будет.

- Поскольку вводятся стандарты качества медицинской помощи, вы заявляли, что в столице стандарты медицинской помощи будут отличаться от стандартов, которые будут в других регионах?

- Сегодня федеральный тариф подушевого финансирования ОМС на одного человека - 7044 рублей в год. Московский норматив отличается от федерального примерно в три раза: он составляет около 20 тыс. рублей. Финансирование позволяет нам вводить стандарты, расширяющие возможности, например, лапароскопической хирургии. Наш список лекарств существенно шире, чем федеральный.

Главное, что мы актуализировали московские стандарты от 1998 года, прежде всего оторвав стандарт от сроков пребывания больного на койке. Мы попросили определять законченность случая не цифрой, которая стоит в стандарте, а консилиумом врачей. То, что пациент выздоровел, должны решать врачи, а не цифры.

- Какие сложности вы ожидаете в связи с проводимой модернизацией?

- Статистические. Мы оснащаем медучреждения очень хорошим оборудованием, и, как это ни парадоксально, заболеваемость может увеличиться за счет выявления новых болезней.

Коммерсантъ - Тематические вкладки, Газета, Москва, Беседовала Дарья Николаева (21-03-2012)

При устройстве на работу псковским медикам до 40 лет выплатят единовременное пособие

В Псковской области установлены размеры единовременной денежной выплаты врачам-специалистам и медицинскому персоналу при первом трудоустройстве в государственные учреждения здравоохранения региона. Как сообщили корреспонденту ИА REGNUM в

пресс-службе администрации региона, законопроект «О дополнительных мерах социальной поддержки медицинских работников государственных учреждений здравоохранения области» утвержден сегодня, 29 марта, на очередной сессии Псковского областного собрания депутатов.

В соответствии с принятым документом, врачам в возрасте до 40 лет будет предоставляться единовременная денежная выплата (ЕДВ) в размере 70 тысяч рублей, а при устройстве в поликлинику, поликлиническое отделение, врачебную амбулаторию, отделение (офис) общей врачебной (семейной) практики - в размере 100 тысяч рублей. Для среднего медперсонала в возрасте до 30 лет предусмотрена единовременная денежная выплата в размере 30 тысяч рублей, а при трудоустройстве на фельдшерско-акушерский пункт государственного учреждения здравоохранения области - в размере 50 тысяч рублей. Также по предложению депутатов комитета по труду и социальной политике областного Собрания будет дополнительно расширен перечень мест работы врачей (интернаты и образовательные учреждения).

ЕДВ предоставляется врачу-специалисту по истечении шести месяцев со дня его трудоустройства при условии занятия штатной должности в объеме не менее ставки, среднему медицинскому персоналу - по истечении трех месяцев со дня трудоустройства при условии занятия штатной должности не менее ставки.

Для реализации закона дополнительно из бюджета области потребуется более 9,8 млн рублей. Его действие распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2012 года.

<http://www.regnum.ru/news/medicine/1515460.html>
REGNUM, Информационное агентство, Москва
(29-03-2012)

В медицинских учреждениях Бурятии внедряют арт-терапию

Министерство здравоохранения Бурятии и Восточно-Сибирской государственная академия культуры и искусств подписали договор о сотрудничестве. С предложением о внедрении арт-технологий в медицинских учреждениях республики к министру здравоохранения РБ Валерию Кожевникову обратилась ректор ВСГАКИ Раиса Пшеничникова. Предложение было одобрено, сообщили корреспонденту ИА REGNUM в пресс-службе президента и правительства Республики Бурятия.

По словам министра, сегодня новое направление можно с успехом применить в практической медицине. Необходимо научить человека получать положительные эмоции через арт-терапию. Это улучшит как физическое, так и психическое здоровье, а также удлинит ремиссию больных, в том числе наркозависимых и с пограничными состояниями пациентов, благодаря комплексной реабилитации.

Ректор назвала борьбу за психическое здоровье населения одним из главных направлений развития общества в XXI веке, где профессиональная арт-терапия помогает поверить человека в собственные силы.

Насколько успешно будет сотрудничество, станет известно достаточно скоро. Эффективность методик, разработанных во ВСГАКИ, уже отмечена среди добровольцев-студентов вуза. Впереди работа с медицинскими работниками по устранению «синдрома эмоционального выгорания» и многочисленными пациентами.

<http://www.regnum.ru/news/medicine/1516699.html>
REGNUM, Информационное агентство, Москва
(03-04-2012)

Почти 5 млрд рублей обеспечат бесплатную медицинскую помощь для жителей Псковской области

Финансирование территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания жителям Псковской области медицинской помощи на 2012 год составит 4 млрд 836 млн 710 тысяч рублей, на обязательное медицинское страхование потратят 2 млрд 452 млн 110 тысяч рублей.

Об этом на заседании администрации региона сообщил и. о. председателя Госкомитета по здравоохранению и фармации Игорь Потапов, передаёт корреспондент Псковского агентства информации.

Игорь Потапов пояснил, что территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания жителям Псковской области медицинской помощи на 2012 год определяет виды и условия оказания медицинской помощи, нормативы объёма медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объёма медицинской помощи, подушевые нормативы финансового обеспечения, порядок формирования и структуру тарифов на медицинскую помощь, предоставляемую жителям Псковской области бесплатно.

Финансирование программы осуществляется за счёт средств областного бюджета, средств обязательного медицинского страхования и других поступлений.

<http://www.insur-info.ru/press/74743/>
Страхование сегодня, On-line СМИ, Москва
(03-04-2012)



НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ



**МИНИСТЕРСТВО ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТАТИСТИКИ

П Р И К А З

от 29 декабря 2011 г. N 519

МОСКВА

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ СТАТИСТИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ
ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО СТАТИСТИЧЕСКОГО
НАБЛЮДЕНИЯ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ***

В соответствии с п. 5.5 Положения о Федеральной службе государственной статистики, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 2 июня 2008 г. N 420 приказываю:

1. Утвердить представленные Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации прилагаемые формы федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению, сбор и обработка данных по которым осуществляется в системе Минздравсоцразвития России, и ввести их в действие:

квартальные с отчета за январь - март 2012 года:

N 10 (ОМС) «Сведения о поступлении и расходовании средств ОМС страховыми медицинскими организациями»;

N 14-Ф (ОМС) «Сведения о поступлении и расходовании средств ОМС медицинскими организациями»;

полугодовую с отчета за январь - июнь 2012 года:

N 14-МЕД (ОМС) «Сведения о работе медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования».

2. Установить предоставление данных по указанным в п. 1 настоящего приказа форм федерального статистического наблюдения в адреса и сроки, установленные в формах.

3. С введением указанных в п. 1 настоящего приказа форм федерального статистического наблюдения признать утратившим силу приказ Росстата от 12.11.2009 N 249.

Руководитель Федеральной службы
государственной статистики
А.Е. СУРИНОВ

* В полном объеме приказ Росстата от 29 декабря 2011 г. № 519 «Об утверждении статистического инструментария для организации Минздравсоцразвития России федерального статистического наблюдения 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 31 января 2012 г. № 70н

МОСКВА

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРИКАЗ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 4 ФЕВРАЛЯ 2010 Г. № 55Н «О ПОРЯДКЕ ПРОВЕДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН»

Приказываю:

Внести изменения в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 4 февраля 2010 г. N 55н «О порядке проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 марта 2010 г. N 16550) с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 3 марта 2011 г. N 163н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 марта 2011 г. N 20308), согласно приложению.

Министр
Т.А. ГОЛИКОВА

Приложение
к приказу
Министерства здравоохранения
и социального развития
Российской Федерации
от 31 января 2012 г. N 70н

**ИЗМЕНЕНИЯ, КОТОРЫЕ ВНОСЯТСЯ В ПРИКАЗ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 4 ФЕВРАЛЯ 2010 Г. № 55Н
«О ПОРЯДКЕ ПРОВЕДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН»**

1. В приказе:

- а) в пункте 2 слова «в 2011 году» заменить словами «в 2012 году»;
- б) в абзаце втором пункта 4 слова «в 2011 году» заменить словами «в 2012 году».

2. В пункте 5 приложения N 1 к приказу:

- а) абзац второй изложить в следующей редакции:

«При этом необходимо учесть, что граждане, в отношении которых в соответствии с постановлениями Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2007 г. N 921 «О порядке предоставления в 2008 - 2009 годах из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, N 53, ст. 6617; 2009, N 3, ст. 399), от 31 декабря 2009 г. N 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» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 3, ст. 307), от 31 декабря 2010 г. N 1228 «О порядке предоставления из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 3, ст. 552; N 9, ст. 1250) проводилась дополнительная диспансеризация в 2009, 2010, 2011 годах, повторно дополнительной диспансеризации в 2012 году не подлежат.»;

- б) в абзаце третьем:

слова «в 2011 году» заменить словами «в 2012 году»;

слова «в 2007 году» заменить словами «в 2006, 2007 и 2008 годах».



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П Р И К А З

от 23 января 2012 г. № 25н

МОСКВА

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМ И ПОРЯДКА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УПОЛНОМОЧЕННЫМИ ОРГАНАМИ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ТЕРРИТОРИАЛЬНЫМИ ФОНДАМИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ СВЕДЕНИЙ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ В 2012 ГОДУ СРЕДСТВ НОРМИРОВАННОГО СТРАХОВОГО ЗАПАСА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА УВЕЛИЧЕНИЕ СУБВЕНЦИЙ БЮДЖЕТАМ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИЯХ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ*

В соответствии с пунктом 2 постановления Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2011 г. N 1123 «О порядке распределения в 2012 году средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования на увеличение субвенций бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, N 1, ст. 163) приказываю:

1. Утвердить:

форму сведений о финансовом обеспечении территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи по источникам ее финансового обеспечения согласно приложению N 1;

форму сведений о финансовом обеспечении территориальной программы обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования согласно приложению N 2;

Порядок предоставления уполномоченными органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и территориальными фондами обязательного медицинского страхования сведений, необходимых для распределения в 2012 году средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования на увеличение субвенций бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации, согласно приложению N 3.

2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11 февраля 2011 г. N 102н «Об утверждении форм и порядка предоставления органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения и территориальными фондами обязательного медицин-

ского страхования сведений, необходимых для распределения в 2011 году средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования на увеличение дотаций бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 15 марта 2011 г. N 20109).

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации В.С. Белова.

Министр
Т.А. ГОЛИКОВА

* В полном объеме приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 января 2012 г. № 25н «Об утверждении форм и порядка предоставления уполномоченными органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и территориальными фондами обязательного медицинского страхования сведений, необходимых для распределения в 2012 году средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования на увеличение субвенций бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации» 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 12 января 2012 г. № 2

МОСКВА

О ПРИЗНАНИИ УТРАТИВШИМ СИЛУ ПРИКАЗА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В целях приведения в соответствие с законодательством Российской Федерации нормативных правовых актов Федерального фонда обязательного медицинского страхования, зарегистрированных Министерством юстиции Российской Федерации, приказываю:

Признать утратившим силу приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 6 апреля 2011 г. N 73 «О порядке предоставления работникам Федерального фонда обязательного медицинского страхования единовременной субсидии на приобретение жилого помещения на 2011 год» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 7 июня 2011 г., регистрационный N 20951).

Председатель
А.В. ЮРИН



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

П Р И К А З

от 12 января 2012 г. № 3

МОСКВА

О КОМИССИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ ВОПРОСОВ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ РАБОТНИКАМ ЕДИНОВРЕМЕННОЙ СУБСИДИИ НА ПРИОБРЕТЕНИЕ ЖИЛОГО ПОМЕЩЕНИЯ НА 2012 ГОД*

В целях обеспечения социальной защиты и предоставления работникам Федерального фонда обязательного медицинского страхования единовременной субсидии на приобретение жилого помещения приказываю:

Утвердить Положение о Комиссии Федерального фонда обязательного медицинского страхования для рассмотрения вопросов предоставления работникам единовременной субсидии на приобретение жилого помещения на 2012 год (Приложение).

Председатель
А.В. ЮРИН

* В полном объеме приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 12 января 2012 г. № 3 «О Комиссии Федерального фонда обязательного медицинского страхования для рассмотрения вопросов предоставления работникам единовременной субсидии на приобретение жилого помещения на 2012 год» размещен на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования www.ffoms.ru в разделе «Система ОМС России», подраздел «Нормативно-справочная информация в системе ОМС», в подразделе «Приказы ФОМС».



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

П Р И К А З

от 12 января 2012 г. № 4

МОСКВА

О ПОРЯДКЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ РАБОТНИКАМ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЕДИНОВРЕМЕННОЙ СУБСИДИИ НА ПРИОБРЕТЕНИЕ ЖИЛОГО ПОМЕЩЕНИЯ НА 2012 ГОД*

В целях реализации Федерального закона от 30 ноября 2011 г. N 370-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2012 год и на плановый период 2013 и 2014 годов» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 49 (ч. I), ст. 7048) приказываю:

1. Утвердить Порядок предоставления работникам Федерального фонда обязательного медицинского страхования единовременной субсидии на приобретение жилого помещения на 2012 год (Приложение).

2. Финансовое обеспечение выплаты единовременной субсидии на приобретение жилого помещения осуществляется за счет ассигнований, предусмотренных в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2012 год.

Председатель
А.В. ЮРИН

* В полном объеме приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 12 января 2012 г. № 4 «О порядке предоставления работникам Федерального фонда обязательного медицинского страхования единовременной субсидии на приобретение жилого помещения на 2012 год» размещен на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования www.ffoms.ru в разделе «Система ОМС России», подраздел «Нормативно-справочная информация в системе ОМС», в подразделе «Приказы ФОМС».



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Директорам территориальных
фондов обязательного меди-
цинского страхования

Новослободская ул. 37, Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (499) 973-44-55, факс: (499) 973-49-30

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

от 21 февраля 2012 г. № 1005/20-1/и

В соответствии с переданными частью 1 статьи 6 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон) полномочиями Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования органам государственной власти субъектов, территориальные фонды обязательного медицинского страхования осуществляют полномочия страховщика по администрированию доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, поступающих от уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Согласно статье 24 Федерального закона страхователи для неработающих граждан обязаны ежемесячно уплачивать страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения в срок не позднее 25-го числа текущего календарного месяца в размере одной двенадцатой годового объема бюджетных ассигнований, предусмотренного на указанные цели законом о бюджете субъекта Российской Федерации, а также предоставлять в территориальные фонды обязательного медицинского страхования форму расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения, утвержденную приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.12.2010 № 1169н, ежеквартально в срок не позднее 25-го числа месяца, следующего за отчетным периодом.

Учитывая изложенное, просим обеспечить надлежащий контроль за своевременным и полным перечислением страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, заполнением указанной формы расчета, а также правильностью заполнения формы № СВ-ОМС, утвержденной приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 31.01.2012 № 17 с учетом Методических указаний по организации в территориальных фондах обязательного медицинского страхования учета начисленных и уплаченных сумм страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, зачисляемых в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденные 29 декабря 2011 года, доведенных письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 29.12.2011 № 9099/20-1/и

Председатель
А.В. Юрин



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Директорам территориальных
фондов обязательного меди-
цинского страхования

Новослободская ул. 37, Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (499) 973-44-55, факс: (499) 973-49-30

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

от 24 февраля 2012 г. № 1083

О НАПРАВЛЕНИИ ПРИКАЗА МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ И РАЗЪЯСНЕНИЙ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ СВЕДЕНИЙ

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее - Федеральный фонд) направляет для руководства и использования в работе приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 января 2012 г. № 25н «Об утверждении форм и порядка предоставления уполномоченными органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения и территориальными фондами обязательного медицинского страхования сведений, необходимых для распределения в 2012 году средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования на увеличение субвенций бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации» (далее - Приказ).

Сведения о финансовом обеспечении территориальной программы обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (далее - Сведения) представляются территориальным фондом обязательного медицинского страхования (далее - территориальный фонд) в Федеральный фонд согласно Приложению № 2 к Приказу ежемесячно, в срок до 10-го числа месяца, следующего за отчетным, нарастающим итогом с начала года.

При заполнении Сведений необходимо руководствоваться следующим.

Стоимость территориальной программы обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (стр.01 Сведений) рассчитывается в соответствии с пунктом 3 Правил распределения в 2012 году средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования на увеличение субвенций бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2011 г. № 1123 «О порядке распределения в 2012 году средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования на увеличение субвенций бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации». Численность населения, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию, в настоящее время необходимо использовать согласно данным центрального сегмента единого регистра застрахованных лиц (прилагается).

Данные по строке 02 гр. 4 и гр. 5 Сведений должны соответствовать сумме данных, отраженных по коду строк 211 и 213 формы 0503117, показатели которой утверждены приказом Федерального фонда от 30 января 2012 г. № 13 «Об

утверждении состава показателей по ф. 0503117 «Отчет об исполнении бюджета». В случае включения территориальным фондом в строку 211 формы 0503117 расходов на реализацию мероприятий в рамках одноканального финансирования за счет межбюджетных трансфертов из бюджетов субъектов Российской Федерации, данные расходы должны быть исключены из строки 02 гр. 4 и гр. 5 Сведений.

Расходы территориального фонда на финансирование территориальной программы обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в случае отражения их по кодам, отличным от кодов строк 211 и 213 формы 0503117, следует показать по строке 02 гр. 4 и гр. 5 Сведений с представлением в Федеральный фонд пояснительной записки (расшифровки) указанных расходов на финансирование территориальной программы обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

Расходы территориального фонда на финансирование территориальной программы обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования не учитывают средства, направленные на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения субъекта Российской Федерации за счет межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда, бюджетов субъектов Российской Федерации.

В системе УСОИ-М открыт доступ на заполнение формы ФТП_2012 «Сведения ТФОМС о финансовом обеспечении ТП ОМС в рамках базовой программы ОМС» по шифру ВД-027 Финансы.



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Директорам территориальных
фондов обязательного меди-
цинского страхования

Новослободская ул. 37, Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (499) 973-44-55, факс: (499) 973-49-30

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

от 2 марта 2012 г. № 1305-30-1

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в связи с поступающими обращениями территориальных фондов обязательного медицинского страхования по вопросу оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, сведения о которых отсутствуют в центральном и региональных сегментах единого регистра застрахованных лиц, сообщает следующее.

В соответствии со статьей 16 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон) застрахованное лицо имеет право на бесплатное оказание медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования.

Документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном базовой программой обязательного медицинского страхования, является полис обязательного медицинского страхования (статья 45 Федерального закона).

На основании статьи 51 Федерального закона полисы обязательного медицинского страхования, выданные лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию до дня вступления в силу Федерального закона, являются действующими до замены их на полисы обязательного медицинского страхования единого образца в соответствии с Федеральным законом.

Из вышесказанного следует, что полисы обязательного медицинского страхования, не изъятые страховой медицинской организацией (страхователем) в соответствии с требованиями нормативных правовых актов, действующих до дня вступления в силу Федерального закона, также являются действующими до замены их на полисы обязательного медицинского страхования единого образца.

Наличие в реестре счетов сведений полисов обязательного медицинского страхования, своевременно не изъятых, не может служить основанием для отказа в оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам.

Таким образом, если в результате запроса о страховой принадлежности в адрес центрального сегмента единого регистра застрахованных лиц в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» установлено отсутствие в региональном и центральном сегментах единого регистра застрахованных лиц сведений о застрахованных лицах, предъявивших полисы обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью, территорией страхования указанных лиц являются субъекты Российской Федерации, в соответствии с данными полисов обязательного медицинского страхования.

В соответствии с Типовым положением о территориальном фонде обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 21.01.2011 г. № 15н, территориальные фонды обязательного медицинского страхования, осуществляя реализацию государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъектов Российской Федерации, контролируют деятельность страховых медицинских организаций, в том числе по учету полисов обязательного медицинского страхования, выданных в соответствии с нормативными правовыми актами, действующими до дня вступления в силу Федерального закона.

Согласно Порядку ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденного приказом Минздравсоцразвития России от 25.01.2011 г. № 29н, территориальные фонды обязательного медицинского страхования обеспечивают поддержание в актуальном состоянии регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц и постоянное взаимодействие с центральным сегментом единого регистра застрахованных лиц.

На основании вышеизложенного, в целях реализации прав граждан на бесплатное оказание медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования территориальным фондам обязательного медицинского страхования следует поддерживать в актуальном состоянии региональные сегменты единого регистра застрахованных лиц.

Председатель
А.В. Юрин



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Директорам территориальных
фондов обязательного меди-
цинского страхования

Новослободская ул. 37, Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (499) 973-44-55, факс: (499) 973-49-30

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

от 19 марта 2012 г. № 1600/30-5/и

О ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ РЕЕСТРАХ ЭКСПЕРТОВ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в целях осуществления контроля за формированием и ведением территориальных реестров экспертов качества медицинской помощи в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и приказом Федерального фонда обязательного медицинского от 13.12.2011 N 230 «Об утверждении Порядка ведения территориального реестра экспертов качества медицинской помощи территориальным фондом обязательного медицинского страхования и размещения его на официальном сайте территориального фонда обязательного медицинского страхования в сети «Интернет» просит представить адреса интернет-страниц на официальных сайтах территориальных фондов обязательного медицинского страхования в сети «Интернет», на которых размещены территориальные реестры экспертов качества медицинской помощи, по адресу электронной почты yuvorontsov@ffoms.ru, в срок до 24.03.2012 г.

Председатель
А.В. Юрин

I. Рукопись

Статья должна сопровождаться письмом с подписью руководителя и печатью организации с указанием названия работы, организации и фамилии всех авторов. Статья должна быть подписана всеми авторами. На отдельном листе указать сведения о каждом авторе на русском и английском языках (фамилия, имя, отчество полностью; место работы; должность и звание; полный почтовый и служебный адрес, e-mail; служебный тел./факс).

На отдельном листе (на русском и английском языках) представляется реферат (краткое содержание статьи), а также ключевые слова (5-6 слов), способствующие индексированию статьи в информационно-поисковых системах. Максимальный объем рукописи, включая таблицы, не более 7 машинописных страниц, размер шрифта 14, через 1,5 интервала с полями 2,5 см. Все страницы должны быть пронумерованы.

Статья должна быть предоставлена в двух печатных и одном электронном экземплярах.

В работе необходимо указать:

- название статьи (емкое и лаконичное), соответствующее цели работы;

- инициалы и фамилии авторов;

- название организации, где выполнена работа; город.

Математические формулы должны быть написаны четко черными чернилами и иметь соответствующие пояснения.

Таблицы, рисунки, графики, схемы, диаграммы должны быть представлены с подрисуночными подписями на отдельных листах в конце текста. Фотографии с соответствующими подписями должны прилагаться отдельно.

В тексте (в круглых скобках, в конце предложения) должны быть ссылки на используемый иллюстративный материал.

II. Содержание

Статья должна содержать оригинальный материал, прежде нигде не опубликованный полностью или частично.

Рукопись должна отвечать следующим критериям: научная новизна, практическая значимость, профильность, оригинальность содержания.

Текст статьи должен отвечать следующим разделам: введение, включая цель исследования, материал и методы, результаты и обсуждение, заключение или выводы.

III. Ссылки

Пристатейный библиографический список должен быть выстроен по алфавиту фамилий авторов с инициалами, соблюдая хронологию вначале отечественных, затем иностранных – в соответствии с правилами библиографического описания.

Номера цитат и ссылок в тексте статьи должны быть указаны в квадратных скобках и соответствовать номерам в пристатейном списке литературы.

Сокращения названий иностранных журналов должны соответствовать сокращениям, принятым в Index Medicus.

Если у статьи до 4-х авторов, то они указываются все. Если авторов более четырех, то указывают первых трех, а далее следует «и др.».

При указании нескольких статей одного автора их необходимо выстраивать в алфавитном порядке соавторов или названий.

При составлении списка литературы нужно учитывать, что в нем не могут быть упомянуты устные сообщения, неопубликованные материалы, ссылки на Internet-сайты.

Примеры библиографических описаний:

Книга

Серёгина И.Ф., Стародубов В.И. Становление и развитие механизмов саморегулирования в здравоохранении Российской Федерации. – М.: Менеджер здравоохранения, 2010. – 131с.

Автореферат диссертации

Михайлова И.Ю. Оценка состояния ортодонтической помощи, оказываемой по программе обязательного медицинского страхования: Автореф. дис. ... Канд. мед. наук. – М., 2010. – 25с.

Статья из сборника

Организация защиты прав застрахованных граждан и контроля качества медицинской помощи в системе ОМС Санкт-Петербурга в 2007г.: Сборник информационно-аналитических материалов./ Под ред. В.Ф. Чавпецова, Е.В. Атоян. – СПб., 2008. – 220с.

Статья из журнала

Колабутин В.М., Атоян Е.В., Карачевцева М.А. Взаимодействие территориальных фондов ОМС Северо-Западного федерального округа при создании систем управления качеством медицинской помощи. // Заместитель главного врача. – 2009. – №7. – С.38-42.

Статья из зарубежного журнала

Walkinshaw E. Medical waste – management practices vary across Canada // CMAJ. – 2011. – Vol.21. – №3. – P.138-141.

Сборник тезисов докладов международных конференций
Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie: Abstractband. – Magdeburg, 2010. – 164s.

IV. Иллюстрации

К тексту могут прилагаться черно-белые или цветные фотографии, слайды в одном экземпляре. Фотографии должны быть подписаны на обороте с указанием верха иллюстрации.

Диаграммы, графики, схемы должны быть сделаны в программах векторной графики (Illustrator) и сохранены в формате *.eps. Файлы с диаграммами, графиками, схемами и штриховыми рисунками, сделанные в программах WORD и EXEL, должны быть представлены в формате PDF. Отсканированные слайды и фотографии должны быть в формате *.jpg, *.eps, *.tif с разрешением 300 dpi при 100%-ных размерах.

V. Авторские правки

Авторские правки не могут быть внесены в сверстанный макет издания. Редакция оставляет за собой право вносить правки в статью и с согласия авторов публиковать ее как краткое сообщение. Рукописи, не принятые к публикации, авторам не возвращаются.

За публикацию статей плата с авторов не взимается.

Рукописи направлять по адресу:

Россия, 105062, г. Москва, ул. Покровка, 47/24,
Дом печати «Столичный бизнес».
Тел.: +7 (495) 916-39-84
E-mail: journal-oms@yandex.ru