ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ



МЕДИЦИНСКОЕ

СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Всероссийское совещание по вопросам организации защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования и заседание Межрегионального координационного совета по организации защиты прав застрахованных лиц в сфере ОМС

Расширенное совещание Совета директоров фондов ОМС и представителей ФОМС в федеральных округах



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

«OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE IN THE RUSSIAN FEDERATION»

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ № **3**, **2012**

«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» Nº 3. 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 - Заместитель министра здравоохранения Российской Федерации

Заместитель председателя редакционного совета **В.А. Зеленский** – Директор департамента бюджетной политики в отраслях социальной сферы и науки Министерства финансов 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 – И.о. 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 Министерства здравоохранения Российской Федерации

С.Г. Кравчук – Начальник Управления организации ОМС ФОМС **Д.Ю. Кузнецов** – Президент Межрегионального союза медицинских страховшиков

Д. Лангенбрюннер – ведущий экономист Всемирного банка по вопросам здравоохранения, доктор наук экономики и здравоохранения (США)

 А.Л. Линденбратен – Заместитель директора по научноисследовательской 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, дм.н., профессор, академик РАМН, директор ФГУ «ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения»

О.В. Царева - Начальник Управления модернизации системы ОМС

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 000 «Издательство «Офтальмология» Номер подписан в печать 25.06.2012 года, Тираж: 2000 экз.

Формат: 205 х 275 мм, Объем: 76 полос

Адрес редакции: 000 «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» Nº 3. 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 ΠИ № ФС77-23840 of March 28 2006

EDITORIAL BOARD:

Chairman of Editorial Board

A.V. Yurin - Deputy Minister of Healthcare of Russian Federation

Deputy Chairman of Editorial Board

V.A. Zelensky – PhD in Economic Sciences, The Director of the Departament of Budget Policy in the Branches of Social Sphere and Science of the Ministry of Finance of Russian Federation

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 - Acting 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 **Fconomics**

O.A. Konstantinova – Deputy Director of the Department for Development of Pharmaceutical Market and Market of Medical Equipment of the Ministry of Public Health 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 Servise Organization and Information

O.V. Tsareva – MD, PhD, Head of the Department for

Modernization of OMI System, 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 25.06.2012, Circulation: 2000 copies Format: 205 x 275 mm, Volume: 76 type pages

Address of Editorial Office: The Publishing House «Oftalmologiya» Ltd. 59A,Besludnikovsky Blvd., Moscow 127486, Russia Tel.: +7 (499) 488-89-25 E-mail: publish_mntk@mail.ru; journal-oms@yandex.ru (for articles submittion) 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



СОДЕРЖАНИЕ

ВСЕРОССИЙСКОЕ СОВЕЩАНИЕ
Всероссийское совещание по вопросам организации защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования и заседание Межрегионального координационного совета по организации защиты прав застрахованных лиц в сфере ОМС
СОВЕТ ДИРЕКТОРОВ ФОНДОВ ОМС
Расширенное совещание Совета директоров фондов ОМС и представителей ФОМС в федеральных округах
ВСЕРОССИЙСКОЕ СОВЕЩАНИЕ
Совещание по вопросам прав застрахованных лиц и Расширенный Совет директоров фондов ОМС и представителей ФОМС в федеральных округах по вопросам реализации Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
Решение Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24 мая 2012 г. «По итогам Расширенного совещания Совета директоров фондов обязательного медицинского страхования и представителей Федерального фонда обязательного медицинского страхования в федеральных округах по вопросам реализации Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-Ф3 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
ОФИЦИАЛЬНО НОВОСТИ
Распоряжение Правительства Российской Федерации от 18 июня 2012 г. № 1009-р «О заместителе Министра здравоохранения Российской Федерации»
Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2012 г. № 1-тк «О возложении обязанностей председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования»
ПРАВЛЕНИЕ ФОМС
Правление Федерального фонда обязательного медицинского страхования
МОДЕРНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
О.В. Царева, О.В. Верховодова, А.И. Попандопуло, Н.Ю. Салтыкова О переходе субъектов Российской Федерации на преимущественно одноканальное финансирование здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования в 2011 году
O.V.Tsareva, O.V. Verhovodova, A.I. Popandopulo, N.Y. Saltykova Results of transition towards mainly single-channel healthcare financing through the obligatory health insurance system at the regional level in 2011
Г.Б. Артемьева, Е.В. Манухина О доступности медицинской помощи в условиях модернизации здравоохранения Рязанской области в 2011 году
G.B. Artemyeva, E.V. Manukhina About health care access in the context of public health service modernization in the Ryazan region in 2011
дайджест новостей
Обязательное медицинское страхование и социальная политика в СМИ

нормативные акты 67

Постановление Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (68)

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20 марта 2012 г. № 244н «О нормативах затрат на проведение в 2012 году диспансеризации одного ребенка (71)

Письмо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20 марта 2012 г. №57-0/10/2-2587 (72)

Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16 апреля 2012 г. № 73 г. «Об утверждении положений о контроле за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования» (73)

Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 12 мая 2012 г. № 105 «Об утверждении формы № КР-ТФОМС «Отчет о контрольно-ревизионной работе территориального фонда обязательного медицинского страхования» (74)

Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 12 мая 2012 г. № 106 «Об утверждении порядка и формы представления отчета об использовании средств на реализацию мероприятий по внедрению современных информационных систем в здравоохранение» (75)

Информационное письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 5 марта 2012 г. №1345/30-2/и **(76)**

Всероссийское совещание по вопросам организации защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования и заседание Межрегионального координационного совета по организации защиты прав застрахованных лиц в сфере ОМС

23 мая 2012 г., Москва



Участники Всероссийского совещания

работе совещания приняли участие Председатель Федерального фонда ОМС А.В. Юрин, директора территориальных фондов ОМС, заместитель директора Департамента развития медицинского страхования Минздравсоцразвития России П.И. Кузенко, президент Межрегионального союза медицинских страховщиков Д.Ю. Кузнецов.

С докладом «Анализ деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организаций по защите прав застрахованных лиц и контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по программам ОМС за 2011 год» выступила заместитель

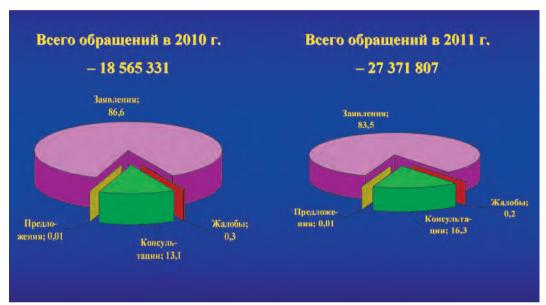
начальника Управления организации ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования **М.А. Баклашова**.

Анализ обращений застрахованных лиц в 2010-2011 гг. показал, что из общего их числа (18,6 млн. в 2010 г. и 27,3 млн. в 2011 г.) более 80% составляют заявления о выборе (замене) СМО и о выдаче дубликата (переоформлении) полиса, а жалоб всего 0,2-0,3%. В досудебном порядке разрешено в 2010 г. 30 тыс. жалоб, в том числе 7,1 тыс. с материальным возмещением, в 2011 г. – 29,1 тыс. жалоб, в том числе 6 тыс. с материальным возмещением. Сумма возмещения на 1 случай в 2010 г. составила 3,9 тыс. руб., в 2011 г. – 3,6 тыс. руб. Удовлетворено в судебном порядке в 2010 г. 343 дела,

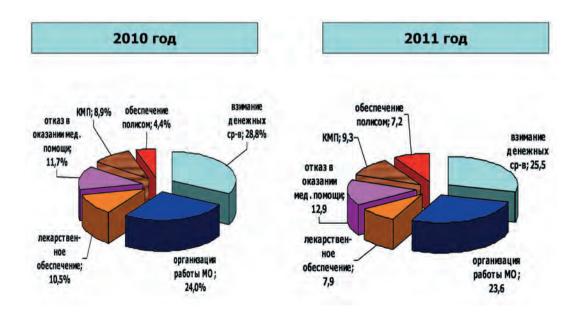
в 2011 г. – 309 дел с суммой возмещения на 1 случай 68,9 тыс. руб. и 93,3 тыс. руб. соответственно.

Практика предъявления претензий или исков к лицу, причинившему вред здоровью застрахованного лица, в порядке возмещения расходов на оплату оказанной медицинской помощи в 2011 г. применялась в 55 субъектах Российской Федерации. Всего предъявлено 7 327 регрессных исков (в 81,9% случаев иски предъявлены ТФОМС, в 18,1% - СМО). По результатам предъявления претензий и исков к лицам, причинившим вред здоровью застрахо-

ванного лица, в порядке возмещения расходов на оплату оказанной медицинской помощи в систему ОМС возвращены финансовые средства в размере 61,1 млн. рублей. В 69 субъектах Российской Федерации создан институт представительств территориальных фондов обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организаций, которые защищают права застрахованных лиц непосредственно в 2 190 медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере ОМС.



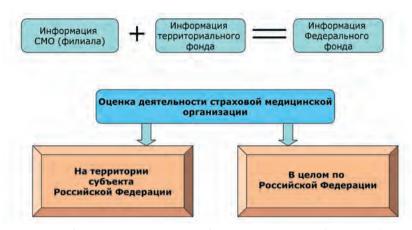
Обращения застрахованных лиц в 2010-2011 годах (%)



Структура причин обоснованных жалоб по Российской Федерации

Результаты мониторинга деятельности страховых медицинских организаций были представлены в докладе заместителя начальника Управления организации ОМС Федерального фонда ОМС **H.И. Омурова.** Оценка деятельности страховых медицинских организаций осуществляется на основании 14 критериев оценки деятельности СМО, к которым относятся численность застрахованных

лиц, обеспеченность пунктами выдачи полисов обязательного медицинского страхования, обеспеченность специалистами-экспертами медицинской помощи, объем медико-экономических экспертиз, объем экспертиз качества медицинской помощи, объем тематических экспертиз, нарушения в экспертной деятельности СМО, объем штрафных санкций к страховой медицинской организа-



Оценка деятельности страховой медицинской организации («рейтинг»)

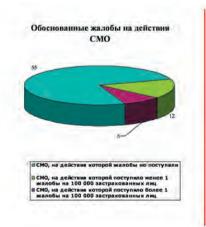
Итоги деятельности страховых медицинских организаций за 2011 год

Общее количество страховых медицинских организаций по состоянию на 31.12.2011-80.

Показатель	Количество СМО (юридических лиц)	Процент от общего числа настрахованных в СМО лиц	
Страховые медицинские организации с численностью застрахованных лиц свыше 3 млн. человек	iii	68,1	
Страховые медицинские организации с численностью застрахованных лиц от 1 до 3 млн. человек	16	18,0	
Страховые медицинские организации с численностью застрахованных лиц менее 1 млн. человек	53	13,9	

Страховые медицинские организации, численность застрахованных лиц в которых более 3 млн. человек

Название страховой межининский организации	Численность детрахованные лиц (млн. чел.)	Процент от общего числа застрахованных ини	
3AO «MAKC-M»	20,5	14,3	
OAO «POCHO-MC»	16,9	11,8	
ОАО «СК «СОГАЗ-МЕД»	12,6	8,8	
ООО «РГС-Медицина»	9,2	6,4	
ЗАО "Капитал Медицинское страхование"	7,9	5,5	
ОАО СМО «Сибирь»	6,9	4,8	
ООО «СМК РЕСО-Мед»	5,7	4,0	
ЗАО «Солидарность для жизни»	5,4	3,8	
ООО «СК «Ингосстрах-М»	4,5	3,1	
ЗАО «Страховая группа «Спасские ворота-М»	3,5	2,4	
ООО «Страховая компания «АК БАРС-Мед»	3,3	2,3	





Жалобы на действия СМО и работа СМО с жалобами застрахованных лиц

ции, деятельность страховой медицинской организации по информированию застрахованных лиц, проведение социологических опросов, наличие обоснованных жалоб на работу СМО, результативность досудебной и судебной активности СМО.

В России по состоянию на 31.12.2011 г. работало 80 СМО. 68,1% населения застрахованы в СМО с численно-

стью застрахованных лиц свыше 3 млн человек, 18,0% - в СМО с численностью застрахованных лиц от 1 до 3 млн человек, 13,9% — в СМО с численностью застрахованных лиц менее 1 млн человек. Лидерами по числу застрахованных являются компании «МАКС-М» (20,5 млн), «РОСНО-МС» (16,9 млн), «СОГАЗ-МЕД» (12,6 млн).



Работа СМО с застрахованными лицами

Тема доклада президента Межрегионального союза медицинских страховщиков **Д.Ю. Кузнецова** — «Об использовании территориальных реестров экспертов качества медицинской помощи, формируемых в различных субъектах Российской Федерации». В соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в РФ» ведение территориального реестра экспертов качества медицинской помощи относится к полномочиям ТФОМС.

Был отмечен опыт Республики Татарстан, где включение врача в территориальный реестр в большинстве случаев проводится по ходатайству СМО или руководителя медицинской организации. По состоянию на май 2012 г. реестр включает в себя 212 экспертов по 36 основным профилям. Реестр актуализируется ТФОМС ежемесячно и предоставляется в СМО. Экспертами в 1-м квартале 2012 г. проведено 50354 плановых ЭКМП, выявлено 5083 нарушений. В структуре выявленных дефектов в 51% случаев отмечены дефекты качества медицинской помощи (КМП), в 47% - дефекты ведения первичной медицинской документации.

Положительный опыт накоплен и в Красноярском крае, где в территориальном реестре экспертов качества медицинской помощи состоят 204 врача-эксперта, в т.ч. врачи-эксперты, работающие в СМО. В формировании реестра по инициативе ТФОМС наряду с медицинскими ассоциациями, медицинскими организациями, участвовали и СМО. По инициативе ТФОМС в порядке эксперимента внедряется метод автоматизированной технологии экспертизы качества медицинской помощи. Разбор выявленных дефектов медицинской помощи, меры по их предупреждению, а также критерии оценки выполнения

стандартов обсуждены на конференции экспертов качества медицинской помощи и семинаре-совещании заместителей главных врачей при участии СМО.

Во всех других регионах также сформированы территориальные реестры экспертов качества медицинской помощи. Однако существует ряд вопросов, урегулирование которых во многом позволит более эффективно использовать этот важный ресурс в улучшении качества оказания медицинской помощи. Так, не хватает врачей-экспертов по отдельным специальностям, что вызывает сложности при выборе эксперта для плановых или целевых экспертиз. В отдельных субъектах РФ в реестры не включены узкие специалисты, что не дает возможности СМО обеспечить проведение экспертизы качества в полном объеме. Некоторые специальности включены в номенклатуру менее 10 лет назад, что не позволяет включать таких экспертов в реестр, так как у них отсутствует 10-летний стаж работы по специальности.

Отмечаются случаи отказов со стороны экспертов, включённых в реестры, от проведения экспертизы КМП по причине занятости на основной работе, низкой оплаты экспертной работы, из-за удалённости ЛПУ, куда надо ехать на экспертизу. Из наиболее ярких «эксклюзивных» проблем можно назвать невозможность проведения экспертных действий в крупных областных центрах из-за того, что все эксперты являются штатными врачами-специалистами этих центров (например, Орловская область). Затруднено проведение экспертизы в медицинских организациях федерального подчинения и медицинских организациях, на базе которых располагаются кафедры медицинского вузов. Многие эксперты являются ассистентами кафедр либо входят в комиссии

по повышению квалификации, отсюда нежелание экспертов портить отношения с коллегами.

От Межрегионального союза медицинских страховщиков поступило предложение дополнить методические рекомендации по формированию реестров экспертов КМП порядком расчета числа экспертов качества в субъекте РФ на 100 тыс. застрахованных, в том числе по профилям (специальностям), с ведением поправочного коэффициента для регионов, имеющих низкую плотность населения, труднодоступные местности, разрешить привлечение к экспертизе КМП специалистов, имеющий меньший стаж работы (менее 10 лет) по специальностям, включенным в номенклатуру в соответствующий период.

Кроме того, высказано мнение о целесообразности законодательно закрепить формы сертификатов специалистов, свидетельств о подготовке по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС; перечень уполномоченных образовательных учреждений, имеющих право выдачи свидетельств о подготовке по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС; критерии подготовки по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования. Было также предложено разработать и внедрить систему оценки профессиональной пригодности экспертов качества медицинской помощи, доступную для СМО, на основании которой они могли бы привлекать к проведению экспертизы качества медицинской помощи специалистов с высоким уровнем профессионализма. При этом ТФОМС мог бы своевременно периодически обновлять информацию о рейтинге эксперта КПМ на основании выявленных нарушений по результатам реэкспертиз. Следует предусмотреть механизм личной ответственности эксперта КПМ за качество экспертной деятельности.

Заместитель директора территориального фонда ОМС Тульской области Ю.С. Красноперова выступила с докладом «О деятельности координационных советов по организации защиты прав граждан в системе ОМС Центрального федерального округа». Количество субъектов Федерации в ЦФО - 18, численность населения - 38,5 млн. человек, в каждом из них действует такой координационный совет (КС). Заседания КС проводятся в среднем в субъекте РФ по 2-4 раза в год. Темы проведенных заседаний КС в 2010-2011 гг.: Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании граждан в РФ», требования к участникам ОМС в свете Федерального закона № 326-Ф3, защита прав застрахованных и опыт работы по защите прав граждан, ведомственный и вневедомственный контроль качества медицинской помощи, анализ ошибок по результатам экспертизы качества медицинской помощи, работа с обращениями граждан, информирование граждан, доступность медицинской помощи, проведение социологического опроса (анкетирования), организация выдачи полисов нового образца застрахованным лицам, формирование реестра экспертов качества медицинской помощи, порядок возмещения материального ущерба, причиненного застрахованному лицу, мониторинг деятельности СМО.

В качестве положительного примера были приведены меры, принятые в Орловской области по результатам соцопросов и обсуждения на КС: скорректирован график работы поликлинических служб, усилен контроль за оказанием платных услуг гражданам, произошли организационные изменения в работе регистратур и приемных отделений.

В докладе были высказаны предложения по повышению эффективности работы КС. Их решения должны

Координационные Советы в ЦФО РФ Количество субъектов - 18 Численность постоянно Кострома проживающего населения -38 458 тыс. человек Москва Владимир Смоленск 667,5 тыс. чел. - Костромская область Рязань 2 335,2 тыс. чел. – Воронежская область 7 104 тыс. чел. – Московская область 11 551,9 тыс. чел. – г. Москва На территории ЦФО работает Белгород 27 CMO и 1 525 MO КС по ЗПЗ созданы во всех субъектах ЦФО РФ

Координационные Советы в ЦФО РФ

Руководство КС осуществляют:

Губернатор области и директор СМО - в 1 субъекте (Воронежская область)

Зам. Губернатора - в 6 субъектах

Зам. Председателя Правительства субъекта - в 2 субъектах

Зам. Министра здравоохранения субъекта - в 1 субъекте (Калужская область)

Зам. Главы Администрации – в 1 субъекте (Тамбовская область)

Начальник ДЗ и социальной защиты населения – в 1 субъекте (Белгородская область)

Начальник УЗ департамента здравоохранения и социального развития –

в 1 субъекте (Орловская область)

Председатель Комитета по вопросам охраны здоровья областной Думы, член Правления Фонда в 1 субъекте (Московская область)

Директор ТФОМС - в 2 субъектах

Главный врач ГБ - в 1 субъекте (г. Москва)

включаться в ежегодный отчет о состоянии качества медицинской помощи и защиты прав застрахованных граждан на получение качественной доступной бесплатной медицинской помощи и представляться губернатору субъекта РФ для оценки выполнения территориальной программы государственных гарантий.

На совещании также были подняты вопросы, связанные с деятельностью медицинских организаций. Заместитель начальника финансово-экономического управления ФОМС И.А. Железнякова сделала доклад на тему «Внедрение способов оплаты медицинской помощи, ориентированных на результат деятельности медицинских организаций». Основным стимулом для медицинских организаций становится прикрепление большего количества населения, для чего необходимо повышать качество оказания медицинской помощи. Основные мероприятия при внедрении подушевого финансирования амбулаторной медицинской помощи: обеспечение прикрепления населения к медицинским организациям; определение пакета услуг, включаемого в подушевое финансовое обеспечение оказания амбулаторной медицинской помощи; выбор показателей, в соответствии с которыми будет осуществляться доплата за достигнутые результаты деятельности; установление индикаторов для оценки эффективности внедрения подушевого финансирования амбулаторной медицинской помощи.

Стимулирование за достигнутый результат может осуществляться на основе показателей доступности и качества оказания медицинской помощи, здоровья прикрепленного населения, профилактической работы среди прикрепленного населения, ведения пациентов с хроническими заболеваниями, ведения персонифицированного учета.

Применение стимулирующих коэффициентов при оплате медицинской помощи позволяет влиять на структуру госпитализации и стимулировать использование современных медицинских технологий.

Москва

По итогам Всероссийского совещания по вопросам организации защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования и Межрегионального координационного совета по организации защиты прав граждан в системе ОМС Федеральный фонд ОМС рекомендовал ТФОМС и СМО с целью оптимизации организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС шире использовать возможности Единого реестра экспертов КМП в части привлечения специалистов из других субъектов Российской Федерации. Было также рекомендовано провести в 2012 г. обучение врачей по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования. ТФОМС предложено обеспечить внедрение с 1 января 2013 г. способов оплаты медицинской помощи, ориентированных на результат деятельности медицинских организаций.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования продолжит практику заслушивания на заседаниях Межрегионального координационного совета материалов о деятельности Координационных советов по организации защиты прав граждан в системе ОМС и согласительных органов (комиссии, рабочие группы) по организации и проведению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС в субъектах РФ.

Расширенное совещание Совета директоров фондов ОМС и представителей ФОМС в федеральных округах

24 мая 2012 г., Москва

остоялось расширенное совещание Совета директоров фондов ОМС и представителей ФОМС в федеральных округах. Начальник Управления организации ОМС ФОМС **С.Г. Кравчук** выступила с докладом «Оценка реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в 2011 году и особенности формирования и экономического обоснования территориальных программ ОМС на 2012-2013 годы». Расходы средств ОМС на реализацию территориальных программ ОМС за последние 5 лет возросли более чем в три раза (с 217,2 млрд. руб. в 2006 г. до 642,5 млрд. руб. в 2011-м). Увеличивается и доля средств ОМС в программах госгарантий (с 46,2 до 53,1% соответственно). Фактические расходы на одного застрахованного возросли с 1513,2 руб. в 2006 г. до 4544,3 руб. в 2011 г. Подушевой норматив финансового обеспечения территориальных программ ОМС по федеральным округам составляет от 3082,9 руб. в Северо-Кавказском федеральном округе до 4904,2 руб. в Центральном (федеральный норматив - 4102,9 руб.).

В 2011 г. произошло расширение базовой программы обязательного медицинского страхования за счет скорой медицинской помощи (12 субъектов), высокотехноло-

гичной медицинской помощи (3 субъекта), медицинской помощи при социально-значимых заболеваниях (10 субъектов), расширения статей расходов сверх базовой программы ОМС (38 субъектов).

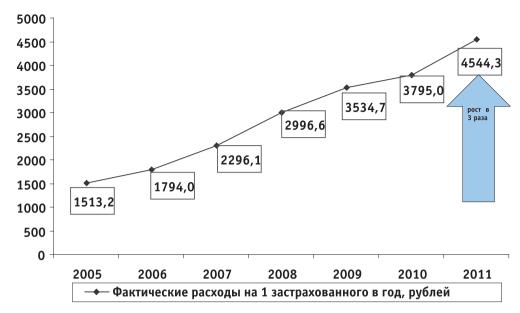
Что касается принятия нормативных правовых актов субъектами Российской Федерации по утверждению территориальных программ государственных гарантий, то количество субъектов, утвердивших эти программы до 1 февраля, в 2011 г. составило 64, в 2012 - 72. Было обращено внимание на несвоевременность принятия нормативных правовых актов, несоответствие требованиям к структуре территориальной программы ОМС, несбалансированность объемов медицинской помощи и финансовых средств для ее оказания.

Были даны предложения к базовой программе обязательного медицинского страхования на 2013 год:

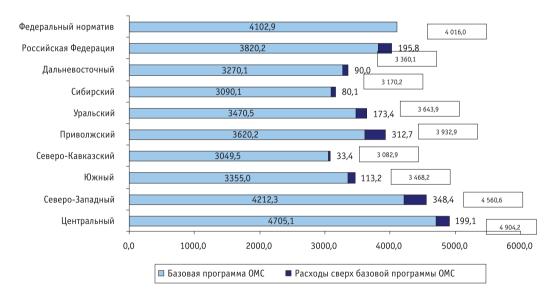
1. Изменение нормативов объемов медицинской помощи: увеличить показатели объема амбулаторной медицинской помощи на 1,6% (норматив на 1-го застрахованного — 9,105 посещений), увеличить показатели объема медицинской помощи в дневных стационарах на 10,8% (норматив на 1-го застрахованного — 0,543 пациенто-



Расходы средств ОМС на реализацию ТПОМС, млрд. руб.



Динамика фактических расходов обязательного медицинского страхования на 1 застрахованного в год



Подушевой норматив финансового обеспечения ТПОМС по федеральным округам за 2011 год, млрд. руб. (без учета районных коэффициентов)

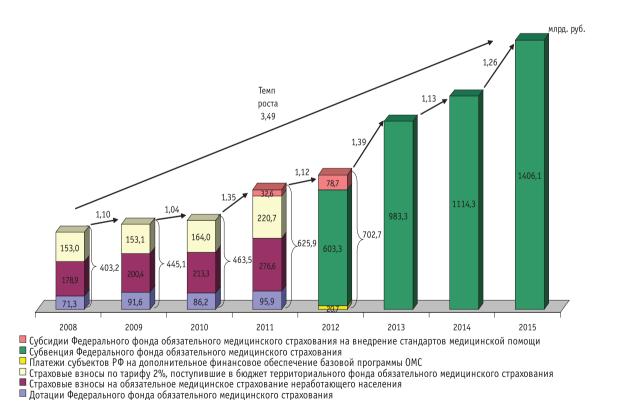
дней), сократить показатели объема медицинской помощи в стационарах на 1,6 % (норматив на 1-го застрахованного – 1,864 койко-дней).

2. Создание условий для достижения предлагаемых нормативов, в том числе разработка нормативных правовых актов, предусматривающих: снижение уровня госпитализации в рамках согласованных объемов стационарной помощи при более тщательном отборе пациентов; создание условий для проведения профилактических мероприятий в целях снижения уровня госпитализации (в том числе показателей повторных госпитализаций);

подбор более рациональных методов лечения, в том числе оптимальных схем применяемых лекарственных препаратов; оптимизация ресурсов для наиболее эффективного оказания необходимой медицинской помощи; разработка тарифов на медицинскую помощь, учитывающих профиль и тяжесть заболеваний по видам медицинской помощи при сохранении финансирования на достаточном уровне; включение в норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторно-поликлинических учреждениях, лекарственного обеспечения для определенных ка-

тегорий застрахованных лиц (женщины старше 55 лет и мужчины старше 60 лет); внедрение систем оплаты труда работников медицинских организаций, синхронизированных с применяемым способом оплаты медицинской помощи, обеспечивающих мотивацию работников на решение указанных задач.

Заместитель председателя ФОМС И.В. Соколова сделала доклад «О порядке предоставления Федеральным фондом обязательного медицинского страхования субвенций на реализацию переданных полномочий Российской Федерации в 2013 году». На основании Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» общий объем субвенций, предоставляемых бюджетам территориальных фондов, определяется исходя из численности застрахованных лиц, норматива финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования и других показателей. Правовая основа для определения размера субвенций и их предоставления из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования - Постановление Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 г. № 462. К расходам, обеспечиваемым за счет субвенций Федерального фонда ОМС в 2013 г., относятся увеличение финансового обеспечения расходов, осуществляемых в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе заработной платы медицинских работников; финансовое обеспечение расходов на содержание медицинских организаций, участвующих в ОМС в пределах прироста страховых взносов на ОМС неработающего населения в 2013 г. по сравнению с 2012 г.; проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан, диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации; осуществление денежных выплат медицинским работникам (участковым врачам, медицинскому персоналу ФАПов, врачам, фельдшерам и медсестрам скорой медицинской помощи). Расходные обязательства, подлежащие финансовому обеспечению за счет субвенций Федерального фонда с 2013 г., ранее финансируемые за счет средств федерального бюджета, - денежные выплаты медицинским работникам (участковым врачам, медицинскому персоналу ФАПов, врачам, фельдшерам и медсестрам скорой медицинской помощи); проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан, диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Размер указанных расходов не может быть меньше утвержденных значений, установленных в 2012 г.



Финансовое обеспечение базовой программы обязательного медицинского страхования в 2008-2015 годах

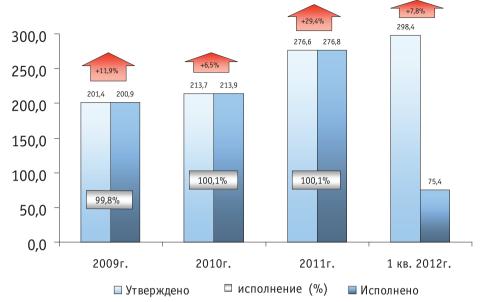
«Готовность к переходу на одноканальное финансирование системы здравоохранения субъектов Уральского федерального округа» - так назывался доклад директора ТФОМС Тюменской области **Т.В. Чирятьевой.** Реализуемые принципы одноканального финансирования из средств ОМС: оплата фактически выполненного объема медицинских услуг (законченного случая оказания медицинской помощи) с учетом результатов экспертной оценки («деньги следуют за пациентом»), оплата всех основных гарантированных видов медицинской помощи на основе единой тарифной политики, гарантированного стандартизованного объема медицинских услуг и создание равных финансовых возможностей медицинским организациям («свободное хождение полиса ОМС»).

В условиях одноканального финансирования повышается эффективность системы здравоохранения за счет сокращения числа необоснованных посещений пациентов в амбулаторно-поликлинических учреждениях, сокращения среднего пребывания больного в стационаре, роста объемов стационарозамещающих технологий, развития современных медицинских и управленческих технологий, создания системы мотивации профессионального роста работников качеством медицинской помощи через единую систему экспертной оценки оказанных медицинских услуг, отраслевую систему оплаты труда и мониторинг удовлетворенности населения медицинской помощью. В итоге повышается доступность и качество медицинской помощи, более эффективно и рационально используются ресурсы здравоохранения.

Были показаны проблемные вопросы системы управления здравоохранением и пути решения. Единая тарифная политика не в полной мере учитывает разнородность имущественных комплексов медицинских организаций (количество и состояние зданий и сооружений, коммунальной инфраструктуры, видов энергоисточников) и величину соответствующих затрат. Решение - выведение затрат на коммунальные платежи и капитальный ремонт за рамки одноканального финансирования, реализация программ развития материально-технической базы отрасли здравоохранения. Еще одна проблема - инерционность административно-управленческого звена в подходах к механизму определения объемов и стоимости медицинской помощи в рамках государственного задания на оказание бесплатной медицинской помощи (сохранение стереотипа планирования потребности в трудовых ресурсах и объемов труда медицинского персонала по временному принципу, а не от объема медицинских услуг; недостаточная эффективность экономического анализа и прогнозирования в сфере здравоохранения, зависимость от требований бухгалтерской отчетности; субъективизм в отношении отдельных организаций здравоохранения). Решение - введение процедуры и критериев отбора медицинских и страховых медицинских организаций для работы в системе ОМС, повышение уровня подготовки административно-управленческих кадров системы здравоохранения всех уровней по вопросам организации медицинской помощи применительно к современным требованиям, переориентация их функционала с контрольно-ревизионного направления преимущественно на организационно-методическое сопровождение. Недостаточно прозрачны для населения программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи и иные нормативные документы в сфере здравоохранения. Решение - изложение территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в редакции, позволяющей применять ее как базовый документ нормативного и просветительского назначения.

Начальник Управления формирования доходов по ОМС **H.C. Соловьева** выступила с докладом «Осуществление территориальными фондами ОМС полномочий страховщика в части администрирования доходов бюджета Федерального фонда ОМС, поступающих от уплаты страховых взносов на ОМС неработающего населения». Динамика поступления страховых взносов на ОМС неработающего населения в доходы бюджетов фондов ОМС положительная: 200,9 млрд руб. в 2009 г., 276,8 млрд руб в 2011-м, рост за последний год на 29,4%. 1 января 2011 г. вступил в силу Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-Ф3 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в соответствии с которым размер бюджетных ассигнований на уплату страховых взносов на ОМС неработающего населения включает в себя в полном объеме финансовое обеспечение видов медицинской помощи и включенных в тариф на оплату медицинской помощи статей расходов в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования, ранее финансируемых из консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации. Финансовое обеспечение населения, застрахованного по ОМС за счет страховых взносов на ОМС неработающего населения, на 1 застрахованного жителя возросло с 2445,7 руб. в 2008 г. до 3313,4 руб. в 2011 г. Задолженность по страховым взносам на ОМС неработающего населения за этот период уменьшалась с 6,3 до 4 млрд. руб. С 2012 г. страховые взносы на ОМС неработающего населения зачисляются в бюджет Федерального фонда ОМС, при этом функции главного администратора доходов Федерального фонда ОМС от данных поступлений возложены на территориальные фонды ОМС.

Годовой объем бюджетных ассигнований на ОМС неработающего населения должен составлять не менее численности неработающих застрахованных лиц на 1 апреля года, предшествующего очередному, помноженного на тариф страхового взноса на ОМС неработающего населения, установленного Федеральным законом от 30.11.2011 г. № 354-Ф3. Ежемесячный платёж в бюджет Федерального фонда ОМС подлежит уплате в срок не позднее 25-го числа текущего календарного месяца и составляет 1/12 годового объема бюджетных ассигнований, предусмотренного на указанные цели законом о бюджете субъекта Российской Федерации. Страхова-



С 1 января 2011 г. вступил в силу Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в соответствии с частью 12 статьи 51 которого с 2011 г. размер бюджетных ассигнований на уплату страховых взносов на ОМС неработающего населения включает в себя в полном объеме финансовое обеспечение видов медицинской помощи и включенных в тариф на оплату медицинской помощи статей расходов в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования, ранее финансируемых из консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации

Динамика поступления страховых взносов на ОМС неработающего населения в доходы бюджетов фондов ОМС, млрд. руб.

телям для неработающих граждан и территориальным фондам ОМС следует руководствоваться в работе Методическими указаниями 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 (письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 29.12.2011 г. № 9099/20-1/и).

Директорам территориальных фондов ОМС предложено дать указания руководителям подразделений и сотрудникам, ответственным за организацию данной работы, об усилении контроля за соблюдением страхователями для неработающих граждан законодательства об обязательном медицинском страховании.

Начальник Контрольно-ревизионного управления ФОМС **И.О. Трясучев** сделал доклад «Контрольноревизионная работа территориальных фондов обязательного медицинского страхования в 2011 г. (по данным отчетной формы № КР ТФОМС)». Контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования осуществляется территориальными фондами всех субъектов Российской Федерации. Контрольно-ревизионная служба в 11 территориальных фондах представлена контрольно-ревизионными управлениями, в 71 - отделами. В Ненецком и Чукотском автономных округах функ-

цию контроля осуществляют сотрудники финансовоэкономических подразделений.

В 2011 г. в проведении проверок непосредственно принимали участие 1618 работников территориальных фондов (94,4% от общей численности работников контрольно-ревизионных служб и работников иных подразделений территориальных фондов, в должностные обязанности которых входит осуществление проверок и ревизий, или 14,3% от фактической численности всех работников территориальных фондов). В среднем по Российской Федерации на одного работника территориального фонда, осуществляющего контрольно-ревизионную работу в 2011 г., приходилось 7,4 проверки, в том числе: тематических - 4,4; комплексных - 2,6; контрольных - 0.4.

Высокие показатели выявления сумм нецелевого использования средств обязательного медицинского страхования и последующего их восстановления отмечены в территориальных фондах Иркутской области, Кировской области, Курганской области, Приморского края, Республики Алтай (100% восстановление), Республики Башкортостан, Республики Коми, Санкт-Петербурга, Кемеровской области, Республики Мари Эл, Московской области, Ростовской области, Калужской области (восстановлено свыше 93% средств). Низкий удельный вес суммы выявленного в 2011 г. нецелевого использования средств тносительно объема, направленного на реализа-

цию территориальных программ, отмечен в Курской области, Красноярском крае, Москве.

Директор территориального фонда ОМС Тульской области Б.Н. Федорченко сделал доклад «О деятельности ТФОМС Центрального федерального округа РФ в 2011 году». От имени ТФОМС округа было предложено пересмотреть нормативы стоимости единицы медицинской помощи в связи с инфляцией и увеличением заработной платы работникам медицинских организаций, так как действующие нормативы установлены с 2009 г. и не обеспечивают потребности медицинских организаций по предоставлению качественной медицинской помощи. Требуется дальнейшее развитие (уточнение) объемов медицинской помощи, введение новых показателей в систему нормативных показателей программы госгарантий и переоценка роли прежних. Постановление Правительства РФ о программе госгарантий было предложено дополнить нормой о возможности корректировки показателей территориальных программ ОМС в соответствии с Методикой формирования территориальных программ ОМС с использованием коэффициентов потребления медицинской помощи различными возрастно-половыми категориями, утвержденной ФОМС. В связи с переходом на оплату по законченному случаю лечения (стандарт, КЗГ и т.д.) в программах госгарантий необходимо утверждать не только объемы медицинской помощи, но и численность больных. Необходимо расширить перечень врачебных специальностей в письме МЗ РФ об экономическом обосновании программ госгарантий в соответствии с перечнем должностей в амбулаторной сети учреждений здравоохранения; установить нормативы для врача общей практики; исключить из нормативов объемов бесплатной помощи по врачам-стоматологам зубопротезирование и ортодонтию у взрослых, поскольку эти виды услуг платные; уточнить норму нагрузки на врача в Центре здоровья; увеличить нормативы по стационарозамещающей помощи.

На совещании также выступили начальник Управления модернизации системы ОМС ФОМС О.В. Царева с докладом «Актуальные вопросы реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации», заместитель Председателя ФОМС Ю.А. Нечепоренко с докладом «Вопросы актуализации Единого регистра застрахованных лиц», директор территориального фонда ОМС Краснодарского края Н.Н. Стадченко с докладом «Система обязательного медицинского страхования в Южном федеральном округе», заместитель начальника Управления модернизации системы ОМС ФОМС А.В. Устюгов с докладом «О поправках к проекту Федерального закона «О внесении изменений в главу 2 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Совещание по вопросам прав застрахованных лиц и расширенный совет директоров фондов ОМС и представителей ФОМС в федеральных округах по вопросам реализации Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

25 мая 2012 г., Тульская область



Делегация у въездных ворот Музея-усадьбы Л.Н. Толстого «Ясная Поляна»

рамках Всероссийского совещания по вопросам прав застрахованных лиц и расширенного совета директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования и представителей Федерального фонда обязательного медицинского страхования в федеральных округах по вопросам реализации Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», 25 мая 2012 г. в Туле в Ясной Поляне состоялась встреча делегации участников совещания.

Директор ТФОМС Тульской области **Б.Н. Федорченко** рассказал о реализации Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» на территории Тульской области и выполнении задач, поставленных перед фондом. Б.Н. Федорченко отметил, что ТФОМС Тульской области с филиалами обеспечил становление системы ОМС в области и как раз в этот день - 25 мая 2012 года - отмечает 19-летие своей деятельности.

В программу визита вошло посещение ГУЗ «Тульская областная больница \mathbb{N}^2 2 им. Л.Н. Толстого», которое рас-

положено в историческом и культурном центре Тульской области. Делегацию встретил главный врач ГУЗ «Тульская областная больница № 2 им. Л.Н. Толстого» Д.И. Зайцев, который рассказал о развитии медицинской организации в ходе реализации программы модернизации здравоохранения Тульской области и создании межрайонного центра 1 уровня. В ходе посещения больницы заместитель председателя ФОМС С.А. Карчевская отметила, что реализация региональных программ модернизации здравоохранения — важнейшая часть реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования, основа для развития здравоохранения в последующие годы.

ТФОМС Тульской области представил презентацию «Управление информационными потоками системы обязательного медицинского страхования и программы модернизации здравоохранения Тульской области с использованием корпоративного портала ТФОМС Тульской области».

При том объеме и важности задач, которые выполняются в сфере обязательного медицинского страхования, в территориальных фондах обязательного медицинского страхования актуальным стало решение следующих вопросов:

- повышение оперативности и качества сбора и обработки данных ОМС при условии сокращения времени и трудозатрат на эти работы;
- стандартизация и унификация получаемых данных:
- использование безбумажных технологий сбора данных;
- контроль деятельности сотрудников подразделений ТФОМС, рабочих процессов в целом;
- повышение эффективности работы сотрудников за счет снижения издержек, возникающих из-за «внутренней» потери информации и поиска нужной корпоративной информации;
- предоставление оперативного доступа ко всем необходимым данным сотрудникам ТФОМС и филиалов ТФОМС, субъектам и участникам ОМС в соответствии с их полномочиями;
- оперативный контроль и регулирование деятельности медицинских организаций (далее – МО), страховых медицинских организаций (далее – СМО), филиалов ТФОМС;
- повышение оперативности и качества планирования и анализа деятельности ТФОМС;
- повышение эффективности принятия управленческих решений.

Эти проблемы в ТФОМС Тульской области решило создание и внедрение корпоративного портала в 2008 г. Началом создания портала стала разработка и внедрение подсистемы сбора, хранения и обработки статистических данных (начиная с отчетных форм 14-ф, 14-мед) для плановоэкономического управления и бухгалтерии ТФОМС.

Применение портальных технологий в информацион-

ной системе ОМС позволило, кроме того, минимизировать время на внедрение программного обеспечения в системе ОМС, уменьшить затраты на программное обеспечение (далее – ПО) и компьютерное оборудование, легко масштабировать ПО при увеличении числа активных пользователей.

Основными целями создания корпоративного портала ТФОМС Тульской области стали: объединение в единое информационное пространство субъектов и участников ОМС для оперативного и качественного информационного обмена данными ОМС, интеграция разнородных информационных систем и баз данных в рамках региональной информационной системы ОМС, организация внутреннего информационного обмена с филиалами ТФОМС, организация внешнего информационного обмена с МО, СМО, МЗСР Тульской области, ФОМС (рис. 1).

Портал построен по модульному принципу и включает модули управления учетными записями и интерфейсами пользователей, ввода-вывода информации, контроля информации, обработки информации, управления пользовательским интерфейсом, администрирования, информационную базу. Это позволяет модернизировать портал с минимальными усилиями. Архитектура портала подразумевает дальнейшее масштабирование и наращивание функционала.

Инструментами портала, с помощью которых осуществляется сбор, обработка, хранение и анализ данных портала, являются:

- классификаторы;
- справочники, регистры, реестры;
- отчетные формы, сводные и аналитические отчеты;
- OLAP-отчеты, диаграммы, графики.

Приложения, функционирующие в ТФОМС, как типовые, так и разработанные ТФОМС (1С-бухгалтерия, СРЗ, МТР и т.д.), интегрированы с портальной информационной системой. Таким образом, информационная база портала является единым хранилищем данных ОМС Тульской области.

Преимуществами корпоративного портала ТФОМС Тульской области являются:

- отсутствие необходимости в специальном приложении на рабочем месте, достаточно интернетбраузера;
- разграничение и контроль доступа к данным, ведение журналов изменения данных;
- гарантированная конфиденциальность информации;
- контроль полноты и достоверности полученных ланных:
- самостоятельное создание входных форм и отчетов;
- аналитика с помощью многомерных OLAP-отчетов, возможность их сохранения в разделах портала;
- масштабируемость и минимальные усилия по модернизации портала;

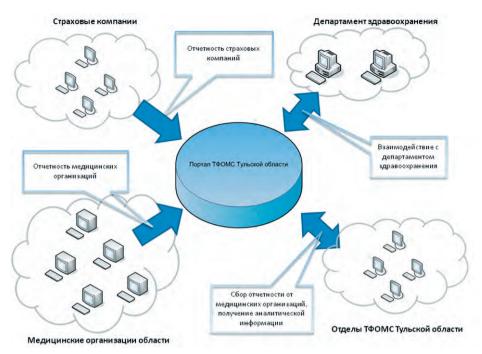


Рис. 1. Структура взаимодействия участников информационной системы

- возможность автоматической выгрузки полученных данных в УСОИ ФФОМС;
- применение ЭЦП и переход на безбумажные технологии сбора данных.

С помощью портала в ТФОМС Тульской области решаются следующие задачи (рис. 2):

- ведение нормативно-справочной информации региональной информационной системы ОМС;
- прикрепление застрахованных лиц и актуализация сведений о полисах ОМС;
- обработка реестров счетов за оказанную медицинскую помощь и персонифицированный учет медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере ОМС;
- контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС;
- планирование и анализ финансирования медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам в сфере ОМС;
- мониторинг выполнения программы модернизации здравоохранения Тульской области;
- сбор и обработка федеральной и региональной отчетности;
- контрольно-ревизионная деятельность ТФОМС.

Вся информация портала распределена по направлениям деятельности ТФОМС: финансы (финансирование территориальной программы ОМС (далее ТП ОМС), программы модернизации здравоохранения, национального проекта «Здоровье», исполнение бюджета ТФОМС), эко-

номика (мониторинг выполнения ТП ОМС, муниципальные задания, межтерриториальные расчеты, анализ расходов МО), организация ОМС (мониторинг ОМС, экспертиза, реэкспертиза), персонифицированный учет медицинской помощи и обработка реестров счетов, электронная библиотека документов.

Доступ к порталу ограничивается ролями пользователей, определяющими их полномочия при работе с информационной базой.

В рамках корпоративного портала внедрена и успешно эксплуатируется подсистема сбора, хранения и обработки статистических данных ОМС, осуществляется формирование утвержденных федеральных (№ 14-ф, № 14-мед, № 10, № 62, № 1-ТФОМС-ОФ, № КР-ТФОМС, «Об использовании средств на цели по реализации региональной программы модернизации здравоохранения в 2011-2012 годах») и региональных (№ 1-МП, № 2-МП, № 2-ф, № 5-МЛДЦ, № 6-ЦЗ, № 7-ГД) форм отчетности. Данные поступают в единое хранилище различными способами: путем ручного ввода; путем загрузки из разнообразных информационных систем и файлов МО, СМО и ТФОМС, в том числе из 1С и Паруса; импорта данных из ХМL-файлов.

На основании полученных статистических данных на портале автоматически формируется отчетность в ФОМС и выгружается на портал ФОМС (УСОИ).

Использование портала решило задачу оперативного формирования достоверной отчетности об использовании средств региональной программы модернизации здравоохранения в соответствии с приказом ФОМС от 16.12.2010 г. № 240, эффективного контроля и сопоставления агрегированных отчетов, формируемых для ФОМС и



Рис. 2. Задачи, решаемые корпоративным порталом



Рис. 3. Процесс сбора отчетность по программе модернизации

Наименова ние ЛПУ	Направление расходования	Плановые показатели на 2011 - 2011г.	Поступило средств	Расход средств	Остаток средств	% расходов от поступлений	% остатка от поступлений
ТОКБ	Стандарты	30 471,10	21 906,91	19 954,22	1 952,69	91,09	8,91
ТОКБ	Доступность	11 627,00	10 560,46	9 304,89	1 255,57	88,11	11,89
ТОКБ	ддп	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ТОКБ	Укрепл. МТБ	4 670,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ТОКБ	Информатиз.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
токъ	ВСЕГО	46 768,10	32 994,78	29 786,52	3 208,26	90,28	9,72
ТОБ №2	Стандарты	1 184,80	502,60	440,83	61,77	87,71	12,29
ТОБ №2	Доступность	1 650,50	1378,96	1 182,38	196,58	85,74	14,26
ТОБ №2	ддп	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ТОБ №2	Укрепл. МТБ	15 691,00	13 223,85	13 223,85	0,00	100,00	0,00
ТОБ №2	Информатиз.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ТОБ №2	ВСЕГО	18 526,30	15 222,84	14 964,49	258,35	98,30	1,70

Рис. 4. Сведения о выполнении программы модернизации

Минздравсоцразвития РФ, представления отчетов по программе модернизации здравоохранения в срок (рис. 3).

Аналитические отчеты по программе модернизации здравоохранения Тульской области позволяют проводить мониторинг выполнения программы модернизации (рис. 4).

На портале автоматизирована контрольноревизионная деятельность ТФОМС. Это снизило трудоемкость и повысило оперативность сбора отчетной формы № КР-ТФОМС, сократило общее количество различных отчетов контрольно-ревизионной службы за счет консолидации отчетной информации, позволило использовать контрольно-ревизионные данные при оценке финансирования медицинской помощи в сфере OMC.

Одной из основных задач, решаемых в ТФОМС с помощью портала, является обработка реестров счетов за оказанную медицинскую помощь, персонифицированный учет медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере ОМС (рис. 5). Реестры счетов МО на оплату оказанной медицинской помощи поступают на портал, где проходят форматно-логический контроль и определение страховой принадлежности граждан. Затем



Рис. 5. Схема и сроки обработки реестра счетов



Дом-музей Л.Н. Толстого в Ясной Поляне

с портала направляются МО в соответствующие СМО для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС.

СМО предоставляется возможность загрузить на портал ТФОМС результаты контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС.

Многомерный OLAP-анализ данных реестров счетов и данных отчетных форм предоставляет неограниченные возможности по планированию, контролю и управлению в сфере OMC области, позволяет оперативно и качественно провести оценку показателей деятельности МО и СМО по OMC, контролировать эффективность использования средств OMC.

На портале создана и функционирует подсистема ведения федеральных и региональных справочников и классификаторов всей нормативно-справочной информации, необходимой для информационного обмена в рамках региональной информационной системы ОМС.

В настоящее время на портале осуществляется тестирование автоматизированного формирования протоко-

лов и актов проверки реестров счетов МО, актов экспертиз СМО и реэкспертизы ТФОМС, интеграции с сайтом ТФОМС, на котором предполагается публиковать информацию о деятельности ТФОМС, внедряется учет и согласование численности застрахованных граждан, прикрепленных к МО, а также проверка действия полиса ОМС.

В ближайшее время планируется использовать портал для интеграции информационной системы ОМС с региональным информационным ресурсом здравоохранения Тульской области, создаваемым в рамках программы информатизации здравоохранения области, получения и использования данных единого регионального регистра медицинских работников, паспортов МО.

Во время визита руководители ФОМС и ТФОМС обменялись опытом, мнениями по отдельным вопросам работы фондов обязательного медицинского страхования. В рамках культурных мероприятий делегация посетила Государственный мемориальный и природный заповедник «Музей-усадьба Л.Н. Толстого «Ясная Поляна».



Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

РЕШЕНИЕ

по итогам Расширенного совещания Совета директоров фондов обязательного медицинского страхования и представителей Федерального фонда обязательного медицинского страхования в федеральных округах по вопросам реализации Федерального закона от 29.11.2010 № 326-Ф3 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

24 мая 2012 года г. Москва

I. Итоги деятельности системы обязательного медицинского страхования в 2011 году.

- 1. Одобрить результаты деятельности представителей Федерального фонда обязательного медицинского страхования в Южном, Центральном и Уральском федеральных округах.
- 2. Представителям Федерального фонда обязательного медицинского страхования в федеральных округах продолжить работу по координации деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования по реализации законодательства Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования.
- 3. Управлению организации обязательного медицинского страхования Федерального фонда обязательного медицинского страхования (С.Г. Кравчук) обобщить опыт работы по проведению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования, информированию застрахованных лиц, внедрению «одноканального» финансирования системы здравоохранения, предоставленный представителями Федерального фонда обязательного медицинского страхования в Южном, Центральном и Уральском федеральных округах, и подготовить информационное письмо для территориальных фондов обязательного медицинского страхования по его использованию в работе.
 - 4. Федеральному фонду обязательного медицинского страхования:
- изучить практику отказов территориальных фондов обязательного медицинского страхования от оплаты счетов за пролеченных пациентов при осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, и направить разъяснения для территориальных фондов обязательного медицинского страхования по данному вопросу;
- направить разъяснения по вопросу обеспечения полисами обязательного медицинского страхования лиц без гражданства и без определенного места жительства на основании ходатайств о регистрации в качестве застрахованных лиц;
- направить разъяснения о процедуре согласования изменений в региональные программы модернизации здравоохранения;
- разработать регламент обеспечения страховых медицинских организаций бланками временных свидетельств и критерии обоснованности заявок страховых медицинских организаций.

II. Оценка реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в 2011 году и особенности формирования и экономического обоснования территориальных программ ОМС на 2012 и на 2013 годы.

Директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования:

- довести до органов государственной власти субъектов Российской Федерации информацию о необходимости своевременного принятия нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации по утверждению территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающих территориальные программы обязательного медицинского страхования, и соблюдения требований Федерального закона от 29.11.2010 № 326-Ф3 «Об обязательном медицинском страхования в Российской Федерации» (далее Федеральный закон) по структуре территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- при разработке программ обязательного медицинского страхования соблюдать принцип сбалансированности объемов медицинской помощи по видам и условиям ее оказания и финансовых средств на ее оказание;
- до 6 июня 2012 года представить предложения по формированию программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 и последующие годы в части обязательного медицинского страхования;
- Управлению организации обязательного медицинского страхования Федерального фонда обязательного медицинского страхования (С.Г. Кравчук) обобщить представленные материалы и использовать их при подготовке предложений по формированию программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 и последующие годы в части обязательного медицинского страхования.

III. Итоги реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2011 году. Актуальные вопросы реализации региональных программ модернизации здравоохранения в 2012 году.

Директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования совместно с уполномоченными органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации:

- обеспечить реализацию мероприятий региональных программ модернизации в соответствии с установленными сроками и объемами, в том числе предоставление средств бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования;
- принять меры по организации своевременного представления и оплаты реестров счетов по медицинской помощи, оказанной в соответствии со стандартами;
- ускорить представление в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования предложений по использованию субсидий Федерального фонда обязательного медицинского страхования, предусмотренных распоряжениями Правительства Российской Федерации от 19 апреля 2012 года № 581-р и от 4 мая 2012 года №711-р:
- взять под личный контроль соблюдение сроков представления в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования отчетов об использовании средств и реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения.

IV. Вопросы актуализации данных Единого регистра застрахованных лиц. Обмен данными региональных сегментов и единого регистра застрахованных лиц, форматно-логический контроль.

Директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования:

- проводить работу по актуализации региональных сегментов единого регистра застрахованных лиц в целях исключения дублирующих записей;
- обеспечить соблюдение форматов информационного взаимодействия, предусмотренных приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79;
- осуществлять своевременное направление заявок на изготовление полисов обязательного медицинского страхования.

V. Подготовка кадров в сфере обязательного медицинского страхования.

Одобрить предлагаемые поправки:

- к статье 33 Федерального закона в части определения полномочий Федерального фонда обязательного медицинского страхования по организации подготовки, переподготовки и повышении квалификации, в том числе за пределами территории Российской Федерации, работников Федерального фонда обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования в целях осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования;
- к статье 34 Федерального закона в части определения полномочий территориальных фондов обязательного медицинского страхования по организации подготовки, переподготовки и повышении квалификации кадров для осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

VI. О порядке предоставления Федеральным фондом обязательного медицинского страхования субвенций на реализацию переданных полномочий в 2013 году.

Директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования:

- принять к руководству постановление Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования»;
- довести до сведения органов государственной власти субъектов Российской Федерации полученную информацию о порядке формирования и предоставления Федеральным фондом обязательного медицинского страхования субвенций на реализацию переданных полномочий Российской Федерации в 2013 году;
- принять к сведению информацию о порядке финансового обеспечения в 2013 году скорой медицинской помощи и расходов на содержание медицинских организаций, участвующих в системе обязательного медицинского страхования;
- обеспечить организацию работы к составлению бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования, начиная с бюджета на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов, с учетом нового порядка распределения, предоставления и расходования субвенций;
- произвести оценку расходов на скорую медицинскую помощь и на содержание медицинских организаций, участвующих в системе обязательного медицинского страхования.
- VII. Осуществление территориальными фондами обязательного медицинского страхования полномочий страховщика в части администрирования доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, поступающих от уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования:

- усилить контроль за поступлением страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения;
- дать указание руководителям структурных подразделений, ответственным за обеспечение вышеуказанной функции, довести до страхователей неработающего населения информацию о необходимости уплаты страховых взносов на неработающее население в срок, установленный статьей 24 Федерального закона;
- обеспечить представление страхователями для неработающего населения в территориальные фонды обязательного медицинского страхования формы расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения ежеквартально, в срок до 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

VIII. О контрольно-ревизионной работе территориальных фондов обязательного медицинского страхования в 2011 году по данным формы № КР-ТФОМС.

Директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования активизировать работу по контролю за целевым расходованием средств обязательного медицинского страхования. Обратить внимание на необходимость снижения остатков невосстановленных средств обязательного медицинского страхования в прошлые периоды.

IX. О поправках к проекту Федерального закона «О внесении изменений в главу 2 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Одобрить предлагаемые поправки к проекту Федерального закона «О внесении изменений в главу 2 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования представить предложения (при наличии) к представленным поправкам в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в срок до 28 мая 2012 года.

Председатель А.В. Юрин

Распоряжение Правительства Российской Федерации от 18 июня 2012 г. № 1009-р «О заместителе Министра здравоохранения Российской Федерации»



Юрин Андрей Владимирович заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации



ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

от 18 июня 2012 г. № 1009-р

москва

О заместителе Министра здравоохранения Российской Федерации

Назначить Юрина Андрея Владимировича заместителем Министра здравоохранения Российской Федерации, освободив его от занимаемой должности.



Д.Медведев

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2012 г. № 1-тк «О возложении обязанностей председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования»



Карчевская Светлана Александровна и.о. Председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

20 июня 2012 г.

№ 1-тк

Москва

О возложении обязанностей председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Приказываю:

Возложить временное исполнение обязанностей председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования на Карчевскую Светлану Александровну — заместителя председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Министр

Culquelq

В.И. Скворцова

Новые кадровые назначения

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования



Стацюк Николай Викторович назначен на должность Начальника Управления кадровой политики Федерального фонда обязательного медицинского страхования в соответствии с Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 04.06.2012 г. № 145-л.

H.B. Стацюку 59 лет. В 1976 г. окончил Ленинградское высшее зенитно-ракетное командное училище.

В 1996 г. окончил Московскую государственную юридическую академию по специальности «юриспруденция».

В 2001 г. окончил Российскую академию государственной службы при Президенте Российской Федерации по специальности «Государственное и муниципальное управление».

С 1972 по 1976 гг. - курсант Ленинградского высшего военного зенитно-ракетного училища. С 1976 по 1979 гг. - командир взвода АСУ КП ПВО, Северная группа войск. С 1979 по 1986 гг. -

старший помощник начальника штаба, начальник отдела кадров и строевой бригады, Закавказский военный округ.

С 1986 по 1988 гг.- начальник отдела кадров и строевой бригады, Афганистан. С 1988 по 1995 гг. - начальник отдела кадров гражданского и военного персонала ВНИИ ГО и ЧС, г. Москва. С 1995 по 2003 гг. - начальник отдела кадров гражданского и военного персонала Академии МЧС России, п. Новогорск. С 2003 по 2004 гг. - начальник информационно-аналитического отдела Департамента кадров МЧС РФ, г. Москва. С 2005 по 2009 гг. - заместитель начальника Управления - начальник отдела государственной службы и кадров Управления делами Федеральной службы страхового надзора. С 2010 по 2012 гг. - советник Управления кадровой политики Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

H.B. Стацюк имеет воинское звание — полковник и классный чин федеральной гражданской службы - государственный советник Российской Федерации 3 класса.

Награжден государственными наградами - орденом «За военные заслуги» в 1997 г., орденом «За службу Родине в ВС СССР» III ст. в 1987 г., медалью Суворова в 2000 г., шестнадцатью медалями за выслугу лет и юбилейными.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Тыва



Анай-оол Вера Ховалыговна назначена на должность Директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Тыва на основании постановления Правительства Республики Тыва от 16 декабря 2011 г. № 725.

Анай-оол Вера Ховалыговна родилась в 1961 г. в п. Чаа-Холь Республики Тыва. Образование высшее. В 1990 г. окончила Красноярский медицинский институт по специальности «Лечебное дело». 1999-2001 гг. – клиническая ординатура кафедры пропедевтики внутренних болезней Московского государственного медико-стоматологического университета по специальности «Терапия»; 1991-1996 гг. – участковый терапевт Улуг-Хемской ЦРБ, а затем Республиканской поликлиники № 1; 1996-2003 гг. – врач палаты интенсивной терапии (ПИТ) терапевтического отделения № 2 Республиканской больницы № 1; 2003-2007 гг. – заведующая терапевтическим отделением № 2 Республиканской больницы № 1; 2007-2011 гг. – главный врач Республикан-

ской больницы № 2 Министерства здравоохранения и социального развития Республики Тыва.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Сахалинской области



Атланова Лариса Владимировна назначена на должность Директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Сахалинской области на основании распоряжения Правительства Сахалинской области от 7 декабря 2011 г. № 84-к.

Атланова Л.В. родилась 23 июня 1972 г. Образование высшее. В 2002 г. окончила Дальневосточный государственный университет путей сообщения, квалификация — экономист по специальности «Бухгалтерский учет и аудит».

С 1993 по 1994 гг. – кассир областного противотуберкулезного диспансера. С 1994-2004 гг. – ведущий специалист-бухгалтер Территориального фонда обязательного медицинского страхования Сахалинской области. С 2004 по 2008 гг. – главный специалист отдела по финансовоэкономической работе Территориального фонда обязательного медицинского страхования Сахалинской области.

С 2008г. по 2011 гг. - заместитель директора по финансово-экономической работе Территориального фонда обязательного медицинского страхования Сахалинской области.

Дополнительная деятельность:

член комиссии министерства здравоохранения Сахалинской области по согласованию тарифов на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования,

член межведомственной комиссии по согласованию мероприятий, финансируемых за счет средств резерва предупредительных мероприятий страховых медицинских организаций,

член рабочей группы по взаимодействию между отделением Пенсионного фонда России по Сахалинской области и территориальным фондом обязательного медицинского страхования Сахалинской области,

заместитель председателя рабочей группы министерства здравоохранения Сахалинской области и территориального фонда обязательного медицинского страхования, ответственной за реализацию мероприятий Программы модернизации здравоохранения Сахалинской области на 2011-2012 гг.,

секретарь правления территориального фонда обязательного медицинского страхования Сахалинской области.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Смоленской области



Бельков Андрей Викторович назначен 30.05.2012 г. на должность Директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Смоленской области на основании распоряжения Администрации Смоленской области от 30.05.2012 г. № 696-р/адм.

Бельков А.В. родился 2 сентября 1955 года.

Образование высшее. В 1978 году окончил Смоленский государственный медицинский институт по специальности «Лечебное дело», доктор медицинских наук, профессор по кафедре госпитальной хирургии, действительный член Российской академии естественных наук, «Заслуженный врач Российской Федерации».

С 1978 по 1982 гг. – врач-хирург Смоленской областной клинической больницы.

С 1985 по 2002 гг. – аспирантура по специальности «хирургия» НИИ Трансплантологии и искусственных органов МЗ СССР.

С 1985 по 1989 гг. – ассистент кафедры хирургических болезней СГМИ.

С 1989 по 1992 гг. – докторантура НИИ Трансплантологии и искусственных органов МЗ СССР.

С 1992 по 2006 гг. – ассистент кафедры госпитальной хирургии, профессор кафедры госпитальной хирургии, заведующий кафедрой факультетской хирургии Смоленской государственной медицинской академии.

С 2008 по 2010 гг. – исполнительный директор Смоленского областного фонда обязательного медицинского страхования.

С 2010 по 2012 гг. – сотрудник управления аппарата Смоленской областной Думы.

Правление Федерального фонда обязательного медицинского страхования

15 мая 2012 года

О ПРОЕКТЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА «ОБ ИСПОЛНЕНИИ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗА 2011 ГОД»

В соответствии с подпунктом 2 пункта 18 Устава Фонда, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 29.07.1998 № 857 (в редакции от 27.10.2008), правление Фонда рассмотрело представленный проект федерального закона «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2011 год» (далее — законопроект) и отмечает, что законопроект разработан в соответствии с Бюджетным кодексом Российской Федерации, финансовая деятельность Федерального фонда обязательного медицинского страхования осуществлялась в 2011 году в соответствии с целями, установленными Федеральным законом «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2011 год и на плановый период 2012 и 2013 годов».

Бюджет Фонда за 2011 год исполнен по доходам в сумме 348,4 млрд. рублей и по расходам 310,4 млрд. рублей.

В соответствии с законом о бюджете в 2011 году Фон-

дом были осуществлены следующие расходы:

дотации территориальным фондам обязательного медицинского страхования на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования - 95,95 млрд. рублей;

субсидии бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на реализацию региональных программ по модернизации здравоохранения – 190,4 млрд. рублей;

межбюджетные трансферты бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации на оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни - 18,0 млрд.рублей;

субсидии бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан — 4,0 млрд. рублей;

субсидии бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, - 0,9 млрд. рублей.

Решение Правления Федерального фонда обязательного медицинского страхования: Одобрить проект федерального закона «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2011 год».

ОБ ОТЧЕТЕ О РЕЗУЛЬТАТАХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗА 2011 ГОД

Рассмотрев отчет о результатах деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2011 год, правление отмечает, что деятельность Федераминенте правление правле

рального фонда обязательного медицинского страхования в 2011 году была направлена на решение следующих основных задач:

- совершенствование нормативной правовой базы обязательного медицинского страхования, разработка нормативных правовых актов, принимаемых во исполнение Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Россий-

ской Федерации», а также регламентирующих реализацию приоритетного национального проекта «Здоровье» и программ модернизации здравоохранения;

- обеспечение финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования и создание условий для выравнивания финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования на всей территории Российской Федерации;
- финансовое обеспечение реализации мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье»;
- финансовое обеспечение реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Решение Правления Федерального фонда обязательного медицинского страхования: Утвердить Отчет о результатах деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2011 год.

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В СОСТАВ РЕВИЗИОННОЙ КОМИССИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Правление Федерального фонда обязательного медицинского страхования, рассмотрело предложения по внесению изменений в состав Ревизионной комиссии

Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Решение Правления Федерального фонда обязательного медицинского страхования:

- Плешкова Игоря Валентиновича исключить из состава Ревизионной комиссии Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в связи с увольнением);
- начальника контрольно-ревизионного управления Федерального фонда обязательного медицинского страхования Трясучева Игоря Олеговича — включить в состав Ревизионной комиссии Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПЛАНА РАБОТЫ РЕВИЗИОННОЙ КОМИССИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Правление Федерального фонда обязательного медицинского страхования рассмотрело План работы Реви-

зионной комиссии Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2012 год.

Решение Правления Федерального фонда обязательного медицинского страхования: Утвердить План работы Ревизионной комиссии Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2012 год.

УДК 614.2

О переходе субъектов Российской Федерации на преимущественно одноканальное финансирование здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования в 2011 году

О.В. Царева, О.В. Верховодова, А.И. Попандопуло, Н.Ю. Салтыкова Федеральный фонд обязательного медицинского страхования



О.В. Царева

Резюме

В статье представлен опыт субъектов Российской Федерации по переходу к преимущественно одноканальному финансированию здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования. Первые шаги на пути реорганизации системы финансирования здравоохранения в субъектах Российской Федерации реализовывались в рамках пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения в 2007-2008 годах. Кроме того, в публикации рассматриваются организационно-правовые вопросы внедрения одноканального финансирования здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования.

Ключевые слова: преимущественно одноканального финансирования

Abstract

Results of transition towards mainly single-channel healthcare financing through the obligatory health insurance system at the regional level in 2011

O.V. Tsareva, O.V. Verhovodova, A.I. Popandopulo, N.Y. Saltykova The Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance

The paper illustrates the main results of transition towards mainly single-channel healthcare financing through the obligatory health insurance system at the regional level in 2011. Thereby, the first steps within such transition were taken in 2006-2008 during the pilot project, aimed at the improvement of healthcare services' quality. Therefore, the major aspects of the implementation of single-channel healthcare financing through the mandatory health insurance system implementation in accordance with current mandatory health insurance legislation are given.

Key words: mainly single-channel healthcare financing, obligatory health insurance system.

ервые шаги на пути реорганизации системы финансирования здравоохранения в субъектах Российской Федерации реализовывались в рамках пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения (июнь 2007 г. – июль 2008 г.). Постановлением Правительства Российской Федерации от 19 мая 2007 г. № 296 «Об утверждении правил фи-

нансирования в 2007 году расходов на реализацию в субъектах Российской Федерации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, и перечня субъектов Российской Федерации, участвующих в его реализации», в качестве одного из условий реализации пилотного проекта выделялась ориентация на конечный результат с поэтапным перехо-

дом учреждений здравоохранения преимущественно на одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования (ОМС).

Сам проект рассматривался как эксперимент, результаты которого позволили бы обосновать направление дальнейших преобразований в системе финансирования здравоохранения в масштабах всей страны¹.

В субъектах Российской Федерации, осуществлявших мероприятия по переходу на преимущественно одноканальное финансирование учреждений здравоохранения через систему ОМС, установленный целевой показатель соотношения средств ОМС и средств консолидированного бюджета, направляемых на финансирование здравоохранения — 60% на 40% - был практически достигнут (фактическое соотношение составило 58% на 42%). При этом в среднем по Российской Федерации доля средств ОМС в финансировании учреждений здравоохранения составила 41%.

В ходе реализации проекта апробировались два варианта тарифов:

- тарифы, включающие помимо пяти указанных видов затрат затраты на услуги связи, транспортные услуги, услуги по содержанию имущества, на увеличение стоимости основных средств и др.;
- тарифы, включающие наряду с вышеперечисленными расходами затраты на коммунальные услуги, капитальный ремонт и приобретение медицинского оборудования.

Среди положительных результатов внедрения одноканального финансирования здравоохранения отмечались:

- полноценная реализация принципа «деньги следуют за пациентом», что способствовало повышению доступности и качества медицинской помощи;
- расширение права пациента на выбор врача и учреждения здравоохранения через усиление конкурентной среды на рынке медицинских услуг;
- расширение «автономии» медицинских учреждений и соответствующее повышение эффективности их деятельности в связи с внедрением эффективных механизмов управления ресурсами и технологий оказания медицинских услуг;
- повышение прозрачности финансовой системы обязательного медицинского страхования.

Как следствие, позднее, в ноябре 2008 г. переход на одноканальное финансирование учреждений здравоохранения через систему ОМС был зафиксирован в программно-целевых документах Правительства Российской Федерации: в Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года (утв. распоряжением Правительства Российской Федерации от 17.11.2008 г. № 1662-р) и в Основных направлениях деятельности Правительства РФ

на период до 2012 года (утв. распоряжением Правительства Российской Федерации от 17.11.2008 г. № 1663-р).

Положительный эффект от внедрения одноканального финансирования здравоохранения через систему ОМС обусловил расширение перечня субъектов, реализующих данное направление оптимизации финансового обеспечения оказания медицинской помощи: к 2010 г. преимущественно одноканальное финансирование здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования осуществлялось в 27 субъектах Российской Федерации.

Далее, принятый 29 ноября 2010 г. Федеральный закон № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» устанавливает обязательство по переходу с 2013 г. к оплате медицинской помощи по полному тарифу, а также по поэтапному включению дополнительных видов помощи в программы обязательного медицинского страхования.

Кроме того, в период 2011-2012 гг. субъекты Российской Федерации вправе также осуществлять отдельные мероприятия по поэтапному переходу на одноканальное финансирование здравоохранения через систему ОМС. В частности, в 2011 г. поэтапный переход на одноканальное финансирование здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования осуществлялся в 42 субъектах Российской Федерации, что на 15 субъектов Российской Федерации больше 2010 г.

Совокупные расходы на территориальные программы обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации, осуществлявших переход на одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования, в 2011 г. составили 324 151,2 млн. руб. (на 22,8% больше, чем в 2010 г.). Из них: по базовой программе обязательного медицинского страхования (5 статей по базовым видам помощи) — 286 373,8 млн. руб. (88,3% от совокупных расходов на территориальную программу обязательного медицинского страхования), сверх базовой программы обязательного медицинского страхования — 37 777,4 млн. руб. (11,7%), что превышает уровень 2010 г. на 62,6%.

Среди регионов-лидеров, демонстрирующих наибольшую доля расходов на финансирование медицинской помощи, осуществленных сверх базовой программы обязательного медицинского страхования, в общих расходах на территориальную программу обязательного медицинского страхования, следует отметить Республику Татарстан (52,7%), Чукотский автономный округ (43,2%), Калининградскую и Тюменскую области (37,4% и 33,2% соответственно) (см. рис. 1, табл. 1).

При этом значительный рост расходов на оплату медицинской помощи сверх базовой программы обязательного медицинского страхования в 2011 г. в сравнении с 2010 г. отмечен в Архангельской области (в 64 раза, с 3,5 млн. руб. до 228,4 млн. руб.), Кировской области (в 37 раз, с 26,4 млн. руб. до 981,8 млн. руб.), Красноярском крае (в 9 раз, с 94,2 млн. руб. до 832,9 млн. руб.).

 $^{^1}$ Шейман И.М., Шишкин С.В. и др. Модернизация здравоохранения: новая ситуация и новые задачи / Отв. ред. Шейман И.М., Шишкин С.В. — М.: Изд-во «Дело» РАНХ, 2010.

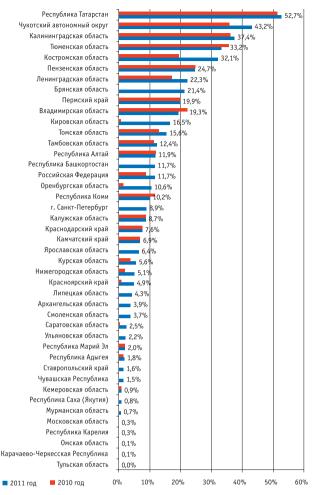


Рис. 1. Доля расходов на медицинскую помощь, оказываемую сверх базовой программы обязательного медицинского страхования, в субъектах Российской Федерации, осуществляющих поэтапный переход на одноканальное финансирование, в общем финансировании территориальной программы обязательного медицинского страхования, %

В 2011 г. расходы по базовой программе обязательного медицинского страхования увеличились во всех субъектах Российской Федерации, внедряющих одноканальное финансирование здравоохранения, за исключением Чукотского автономного округа, в котором указанные расходы уменьшились на 4,5% (с 908,3 млн. руб. до 867,1 млн. руб.).

Как и при реализации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, мероприятия по поэтапному переходу на одноканальное финансирование здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования в 2011 г. предусматривали, во-первых, расширение тарифа по обязательному медицинскому страхованию и, во-вторых, включение в территориальную программу обязательного медицинского страхования видов помощи и заболеваний, финансируемых в соответствии с

территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи за счет средств бюджетов соответствующих уровней (см. рис. 2).

Кроме того, важным аспектом повышения эффективности использования ресурсов здравоохранения на региональном уровне, тесно связанным с переходом на одноканальное финансирование учреждений здравоохранения через систему ОМС, является внедрение современных способов оплаты медицинской помощи, ориентированных на результат, включая подушевое финансирование амбулаторной медицинской помощи и финансирование стационарной медицинской помощи по законченному случаю лечения. Ниже рассмотрим каждый из названных аспектов подробнее.

Расширение тарифа по обязательному медицинскому страхованию в 2011 г.у осуществлялось в 40 субъектах Российской Федерации (см. табл. 2). На реализацию указанных мероприятий в 2011 году учреждениями было направлено 25 463,5 млн. руб. (7,9% от совокупных расходов на территориальную программу обязательного медицинского страхования).

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

В 2011 г. в 18 субъектах Российской Федерации в территориальные программы обязательного медицинского страхования были включены виды помощи, не входящие в базовую программу обязательного медицинского страхования. На реализацию данного направления учреждениями в отчетном периоде было израсходовано 12 314,2 млн. руб., что составило 3,8% от совокупных расходов на территориальную программу обязательного медицинского страхования (выше уровня 2010 г. на 30,5%).

В частности, скорая медицинская помощь оплачивалась за счет средств обязательного медицинского страхования в 12 субъектах Российской Федерации: Республика Алтай, Республика Коми, Республика Татарстан, Калининградская, Костромская, Кировская, Ленинградская, Пензенская, Тамбовская, Тюменская, Ярославской области и Чукотский автономный округ. В отчетном периоде медицинскими организациями, оказывавшими данный вид медицинской помощи, израсходовано 3 726,6 млн. руб.; доля расходов на скорую медицинскую помощь составила 1,1% совокупных расходов на территориальную программу обязательного медицинского страхования, при этом отмечен рост показателя в сравнении с 2010 г. на 47,1%. Наибольшая доля израсходованных средств бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования на данный вид медицинской

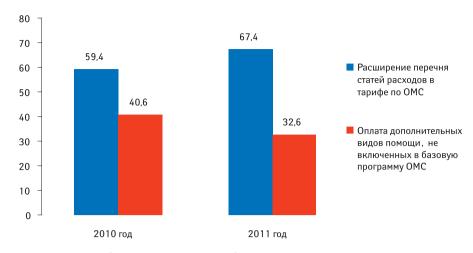


Рис. 2. Структура расходов на финансирование медицинской помощи, осуществленных сверх базовой программы обязательного медицинского страхования, %

помощи отмечена в Ленинградской, Калининградской и Кировской областях — 9,3%, 7,6% и 7,2% соответственно. Расходы средств бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования на специализированную (санитарно-авиационную) скорую медицинскую помощь осуществлялись в 4 субъектах Российской Федерации: Республика Татарстан, Калининградская, Тамбовская и Тюменская области.

Высокотехнологичная медицинская помощь оплачивалась за счет средств обязательного медицинского страхования в трех субъектах Российской Федерации (Республика Татарстан, Красноярский край, Тюменская область). По данным мониторинга в 2011 г. расходы на высокотехнологичную медицинскую помощь составили 2 490,4 млн. руб. (0,8% всех расходов на территориальную программу обязательного медицинского страхования). Так, в Республике Татарстан указанные расходы составили 8,5% совокупных расходов на территориальную

программу обязательного медицинского страхования, в Тюменской области – 5,8%, в Красноярском крае – 1,5%.

Санаторно-курортная медицинская помощь оплачивалась за счет средств обязательного медицинского страхования в 7 субъектах Российской Федерации: Карачаево-Черкесская Республика, Республика Карелия, Республика Татарстан, Калининградская, Курская, Томская и Тюменская области. Расходы на данный вид медицинской помощи составили 271,6 млн. руб. или 0,1% от совокупных затрат по территориальной программе обязательного медицинского страхования.

Кроме того, наряду с дополнительными видами помощи в 2011 г. в территориальные программы обязательного медицинского страхования 10 субъектов Российской Федерации была включена медицинская помощь при социально значимых заболеваниях (Республика Коми, Республика Татарстан, Красноярский край, Калининградская, Кировская, Ленинградская, Пензенская, Тамбовская



Puc. 3. Структура расходов сверх тарифа обязательного медицинского страхования при переходе на одноканальное финансирование (в % от общей суммы расходов по территориальной программе обязательного медицинского страхования)



Рис. 4. Структура расходов на оплату видов медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, в разрезе дополнительных видов медицинской помощи, %

и Тюменская области, Чукотский автономный округ). Расходы, связанные с оказанием медицинской помощи при данных заболеваниях, финансируемые за счет средств обязательного медицинского страхования составили 5 071,6 млн. руб. При этом наибольшая доля расходов на медицинскую помощь при социально значимых заболеваниях отмечена в Чукотском автономном округе – 17,5%, Калининградской области – 12,2%, Тюменской области – 11,2%.

Как уже отмечалось выше, одним из направлений модернизации регионального здравоохранения является создание условий, необходимых для внедрения одноканального финансирования через систему обязательного медицинского страхования с 2013 г., в том числе внедрение эффективных способов оплаты медицинской помощи: подушевое финансирование медицинской помощи, оказываемой амбулаторными медицинскими учреждениями, оплата стационарной медицинской помощи по законченному случаю лечения.

В частности, в 2011 г. в 27 субъектах Российской Федерации медицинская помощь, оказываемая в амбулаторнополиклинических учреждениях, оплачивалась по подушевому нормативу. Размер средств, направленных на оплату медицинской помощи данным способом, составил 9,3% от совокупного объема финансирования амбулаторной помощи. При этом медицинская помощь

при социально значимых заболеваниях, оказываемая в амбулаторно-поликлинических учреждениях, оплачивалась по подушевому нормативу в Тюменской области (5,8% от общей суммы финансирования амбулаторной помощи при социально значимых заболеваниях).

Кроме того, в 57 субъектах Российской Федерации медицинская помощь, оказываемая в условиях стационара, оплачивалась по законченному случаю лечения. При этом в 7 субъектах Российской Федерации: Вологодская, Воронежская, Кировская, Костромская, Орловская и Челябинская области, г. Санкт-Петербург – расчет размера тарифа на оплату стационарной медицинской помощи по законченному случаю лечения осуществлялся по клинико-статистическим группам. Размер средств, направленных на оплату медицинской помощи данным способом, в отчетном периоде составил 65,3% от совокупного объема финансирования медицинской помощи, предоставляемой в стационарных условиях. Кроме того, медицинская помощь при социально значимых заболеваниях оплачивалась в стационарных условиях в 4 субъектах Российской Федерации: Республика Коми, Красноярский край, Кировская и Тюменская области.

Вместе с тем, высокотехнологичная медицинская помощь оплачивалась по законченному случаю лечения во всех субъектах Российской Федерации, включивших данный вид помощи в территориальную программу обяза-

тельного медицинского страхования: Республика Татарстан, Красноярский край, Тюменская область.

Наконец, медицинская помощь, оказываемая в условиях дневных стационаров, оплачивалась по законченному случаю лечения в 44 субъектах Российской Федерации. Размер средств, направленных на оплату медицинской помощи данным способом, в отчетном периоде составил 52,5% от совокупного объема финансирования медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров. При этом медицинская помощь при социально значимых заболеваниях оплачивалась в условиях дневных стационаров в 3 субъектах Российской Федерации: Республика Коми, Красноярский край, Тюменская область.

Подводя итог вышеизложенному, следует еще раз отметить основные тенденции в области повышения эффективности управления ресурсами здравоохранения на региональном уровне. Так, в 2011 г. количество субъектов Российской Федерации, осуществляющих внедрение одноканального финансирования здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования увеличилось на 56% (с 27 до 42 субъектов Российской Федерации) в сравнении с 2010 г. При этом средний по Российской Федерации объем расходов сверх базовой программы обязательного медицинского страхования также увеличился на 63%, с 23 226,4 млн. руб. до 37 777,7 млн. руб.

Во всех субъектах Российской Федерации, в которых медицинская помощь сверх базовой программы обязательного медицинского страхования оплачивалась за счет средств обязательного медицинского страхования, расходы по базовой программе обязательного медицинского

страхования увеличились (в среднем по Российской Федерации на 19%, с 240 701,9 млн. руб. до 286 373,8 млн. руб.). Исключение составляет Чукотский автономный округ, в котором расходы уменьшились на 4,5% в сравнении с 2010 годом (с 908,3 млн. руб. до 867,1 млн. руб.).

Кроме того, в 2011 г. продолжилось внедрение эффективных способов оплаты медицинской помощи. Так, доля расходов на подушевое финансирование амбулаторной медицинской помощи и финансирование стационарной медицинской помощи (включая медицинскую помощь, оказанную в условиях дневных стационаров) по законченному случаю лечения составила 43% от общей суммы финансирования базовых видов помощи.

Одноканальное финансирование здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования - это прежде всего сбалансированность госгарантий, прозрачность и устойчивость системы обязательного медицинского страхования, стабильность и своевременность финансирования лечебных учреждений. Это возможность оперативного и рационального распределения полученных средств, развитие приоритетных направлений: совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи, оказание медицинской помощи по принципу врача общей практики, расширение стационарозамещающих технологий, сокращение дорогостоящей стационарной базы. Реализация финансирования по упрощенной схеме дает возможность направить средства на поддержку и развитие фельдшерско-акушерских пунктов и участковых больниц, что немаловажно для обеспечения качественной и доступной медицинской помощи населению.

Для корреспонденции:

О.В. Царева – Начальник Управления модернизации системы ОМС, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, к.м.н.

Адрес: 127994, г. Москва, ул. Новослободская, д. 37

Телефон: (499) 973-49-18, (499) 987-03-83, доб.1101. E-mail: otsareva@ffoms.ru

For correspondence:

O.V. Tsareva - MD, PhD, Head of the Department for Modernization of OMI System, the Federal compulsory health insurance fund

Address: 37, Ul. Novoslobodskaya, Moscow, 127994, Russia

Tel.: (499) 973-49-18, (499) 987-03-83, add.1101. E-mail: otsareva@ffoms.ru

УДК 614.2

О доступности медицинской помощи в условиях модернизации здравоохранения Рязанской области в 2011 году

Г.Б. Артемьева, Е.В. Манухина

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Рязанской области, г. Рязань





Г.Б. Артемьева

Е.В. Манухина

Резюме

Реализация региональной программы модернизации здравоохранения в части внедрения медицинских стандартов и повышения доступности медицинской помощи способствует повышению ресурсного обеспечения медицинских организаций Рязанской области и росту оплаты труда медицинского персонала.

Повышение качества медицинской помощи и улучшение доступности для населения медицинской помощи невозможно без достаточного ресурсного обеспечения. В Рязанской области прослеживается положительная динамика финансового обеспечения здравоохранения. Ежегодно отмечается рост расходов на реализацию территориальной программы ОМС, в рамках которой оказывается 93,1% всей амбулаторнополиклинической помощи и 70,2% стационарной помощи. Так,

за последние 4 года рост финансирования территориальной программы ОМС составил 178,7%, в том числе за счет страховых взносов на ОМС неработающего населения с ростом 267,4%.

Успешное сочетание модернизации регионального здравоохранения с эффективным совершенствованием организационноэкономических технологий в системе обязательного медицинского страхования дает положительные результаты и ориентирует на повышение доступности и обеспечение качества медицинской помощи для населения Рязанской области.

Ключевые слова: модернизация здравоохранения, медицинские стандарты, доступность медицинской помощи, территориальная программа обязательного медицинского страхования.

Abstract

About health care access in the context of public health service modernization in the Ryazan region in 2011 G.B. Artemyeva, E.V. Manukhina

Territorial Compulsory Medical Insurance Fund in the Ryazan region, Ryazan"

The regional program realization on the public health service modernization in the part of medical standards promotion and the increase in the health care access contributes to the resources' provision rise of public health organizations in the Ryazan region and a pay rise of medical personnel.

It is impossible to increase the medical care quality and improve the health care access for population without taking into account a sufficient resources' provision. A positive improvement of the public health financial provision is visible in the Ryazan region. Annually expenses on the compulsory medical insurance territorial program realization increase. 93.1% of all outpatient and ambulatory care and 70.2% of institutional care are within the framework of the program. So, for the last four years the increase in compulsory medical insurance territorial program financing has amounted by 178.7%, including the insurance contributions of non-working population on the compulsory medical insurance with the increase by 267.4%.

The successful combination of the regional health care modernization and the effective improvement of business technologies in the system of compulsory medical insurance yields favourable results and orients on the health care access increase and medical care quality support for people in the Ryazan region.

Key words: public health modernization, medical standards, availability of medical care, territorial program of obligatory medical insurance.

Рязанская область является одним из тех регионов, в которых ведется активная работа по совершенствованию организации медицинской помощи, внедрению новых методов экономического управления здравоохранением и введению оптимальных способов оплаты медицинских услуг с целью повышения доступности медицинской помощи населению региона. Этому же способствует реализация программы модернизации регионального здравоохранения.

Одним из важных направлений реализуемой программы является внедрение в клиническую практику медицинских стандартов, в соответствии с которыми осуществляется лечение больного. Их предназначение:

обеспечение лечебно-диагностического процесса всеми необходимыми ресурсами; выбор оптимальных медицинских технологий; достижение наилучшего (целевого) результата лечения; повышение эффективности планирования; контроль производимых затрат.

В 2011 г. в 46 медицинских организациях Рязанской области было внедрено 12 клинических стандартов, которые включают в себя 108 диагнозов и 37 моделей пациентов. На их внедрение было направлено 309,6 млн. руб., в том числе 163,5 млн. руб. из бюджета ФФОМС.

В связи с тем, что в структуре смертности населения Рязанской области наиболее частыми причинами являются за-

болевания сердечно-сосудистой системы — их доля составляет 50,5% у мужчин и 63,5% у женщин, а также злокачественные новообразования, их доля составляет 13,6% у мужчин и 12,5% у женщин, внедрение стандартов началось именно с этих нозологий (рис. 1). Приоритетность выбора конкретных нозологических форм для внедрения стандартов обусловлена еще и тем, что доля населения Рязанской области старше трудоспособного



Рис. 2. Сравнительная стоимость медицинского стандарта и законченного случая по нозологической форме

возраста, имеющая высокие риски возникновения заболеваний этих классов, составляет в регионе 28%.

В результате внедрения стандартов повысилось ресурсное обеспечение медицинских учреждений. Так, возмещение затрат за пролеченного больного при внедрении стандартов в онкологическом диспансере при разных патологиях увеличилось в 1,6-2,9 раза, в медицинских организациях, выполняющих стандарт лечения инсультов, — в среднем в 2,1 раза, лечения инфарктов — в среднем в 1,9 раза (рис. 2). Впервые за весь период существования системы обязательного медицинского страхования финансирование медицинской помощи, оказываемой по клиническим стандартам, осуществля-



Рис. 1. Структура причин смертности

ется в объемах, позволяющих проводить эффективное лечение пациентов и оплачивать труд медицинских работников в соответствии с трудозатратами и достигнутыми результатами.

Затраты на медикаменты в структуре стоимости 1 случая лечения пациента увеличились в 2-3 раза. Заработная плата врачей и среднего медицинского персонала, принимающих участие во внедрении стандартов

медицинской помощи, в течение 2011 г. возросла на 19,4% и 20,1% соответственно, составив 19 тыс. руб. у врачей и 11,4 тыс. руб. у среднего медицинского персонала (рис. 3). В 2012 г. оплата медицинской помощи, оказанной в соответствии со стандартами, продолжится, а к уже внедренным стандартам планируется прибавить еще семь, включающие в себя патологию беременных и новорожденных. На эти цели в текущем году предусмотрено 651,2 млн. руб.

Еще одна цель стояла перед программой модернизации регионального здравоохранения: сократить кадровый дефицит в поликлиническом звене, повысить мотивацию врачей и медицинских сестер к инициативному и качественному труду и, как

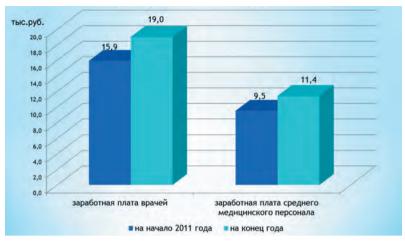


Рис. 3. Рост заработной платы врачей и среднего медицинского персонала, участвующих во внедрении медицинских стандартов

следствие, улучшить предоставляемую медицинскую помощь населению, повысив ее доступность. Повышение заработной платы медицинским работникам — тема очень актуальная, особенно остро стоял вопрос с оплатой труда врачей-специалистов амбулаторно-поликлинического звена. В течение 2011 г. в рамках реализации программы модернизации дополнительные стимулирующие выплаты врачам составили 5760 руб., среднему медицинскому персоналу — 3710 руб., средняя заработная плата этим категориям составила 17620 руб. и 12560 руб. На эти цели в течение 2011 г. было затрачено 135,2 млн. руб. (рис. 4).

В 2012 г. категория получателей дополнительных выплат расширится, но это не должно повлечь за собой снижения уровня

заработной платы работников, участвовавших в реализации программы в прошлом году. На эти цели в текущем году предполагается направить 277,4 млн. руб. [1]. В то же время, следует подчеркнуть, что те категории медицинских работников, которые не явились участниками программы модернизации, смогут получать стимулирующие надбавки за достигнутые результаты в рамках территориальной программы ОМС. Перевод отрасли на новую систему оплаты труда позволяет это сделать.

Работа по стандартизации в здравоохранении Рязанской области проводится параллельно с внедрением эффективных способов ее оплаты, ориентированных на результаты деятельности медицинских организаций. В 2011 г. 83% всей



Рис. 4. Рост заработной платы врачей и средних медицинских работников, участвующих в мероприятиях по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи



Рис. 5. Финансовый объем территориальной программы ОМС в 2009-2012 гг.

амбулаторно-поликлинической помощи финансировалось по подушевому принципу на прикрепленное застрахованное население с учетом коэффициентов удорожания стоимости медицинской помощи для отдельных половозрастных групп населения с частичным фондодержанием. Этот способ оплаты применяется и в 2012 г., он позволяет повысить заинтересованность медицинских работников в улучшении здоровья прикрепленного населения, в эффективном использовании средств и сокращении административных расходов, активно привлекать свои внутренние резервы.

В 2012 г. возмещение затрат на оказанную пациентам медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования осуществляется по полному тарифу с включением всех статей затрат, что является переходом на одноканальное финансирование.

Вопросы сохранения здоровья населения, повышения доступности и качества медицинской помощи определены в числе важнейших приоритетов государственной политики нашей страны. Очевидно, что достижение поставленных целей невозможно без достаточного ресурсного обеспечения. В Рязанской области прослеживается положительная динамика финансового обеспечения здравоохранения. Ежегодно отмечается рост расходов на реализацию территориальной программы ОМС, в рамках которой оказывается 93,1% всей амбулаторно-поликлинической помощи и 70,2% стационарной помощи. Так, за последние 4 года рост финансирования территориальной программы ОМС составил 178,7%, в том числе за счет страховых взносов на ОМС неработающего населения с ростом 267,4% (рис. 5). В 2012 году территориальная программа ОМС утверждена без дефицита [2].

Таким образом, реализация региональной программы модернизации здравоохранения в нашей области успешно сочетается с эффективным совершенствованием организационно-экономических технологий в системе обязательного медицинского страхования, что дает положительные результаты и ориентирует развитие регионального здравоохранения на повышение доступности и обеспечение качества медицинской помощи для населения Рязанской области.

Литература

- 1. Постановление Правительства Рязанской области от 24.03.2011 г. № 59 «Об утверждении долгосрочной целевой программы «Модернизация здравоохранения Рязанской области на 2011-2012 годы».
- 2. Закон Рязанской области от 28.12.2011 г. № 127-03 «Об утверждении «Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Рязанской области медицинской помощи на 2012 год» (принят Постановлением Рязанской областной Думы от 13.12.2011 г. № 582-V РОД).

Для корреспонденции:

Артемьева Галина Борисовна — директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Рязанской области, к.м.н. Адрес: 390026, г. Рязань, ул. 6 линия, д.6. Тел.: (4912) 98-58-44. Факс: (4912) 98-58-73. E-mail: aqb@rofoms.ryazan.ru

Манухина Елена Васильевна — заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Рязанской области. Адрес: 390026, г. Рязань, ул. 6 линия, д.б., Тел.: (4912) 75-38-12. Факс: (4912) 98-58-73. E-mail: mev@rofoms.ryazan.ru

For correspondence:

Galina B. Artemyeva – M.D., Ph.D, The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Ryazan Region, Director Address: Ul. 6 Liniya 6, Ryazan 390026, Russia

Tel.: +7 (4912) 98-58-44, Fax: +7(4912) 98-58-73, E-mail: agb@rofoms.ryazan.ru

Elena V. Manukhina – the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Ryazan Region, Deputy Director Address: Ul. 6 Liniya 6, Ryazan 390026, Russia

Tel.: +7(4912) 75-38-12. Fax: +7(4912) 98-58-73. E-mail: mev@rofoms.ryazan.ru

Обязательное медицинское страхование и социальная политика в СМИ

Реальные черты модернизации

Современные лечебные учреждения улучшат ситуацию в здравоохранении

Президент РД Магомедсалам Магомедов принял участие в мероприятиях по вводу в эксплуатацию корпуса неврологии и нейрохирургии Республиканской больницы № 2 и первой очереди корпуса Республиканского ортопедотравматологического центра после их реконструкции и капитального ремонта.

В церемонии участвовали также Первый заместитель Председателя Правительства РД Низами Казиев, министр здравоохранения РД Ильяс Мамаев, руководитель республиканского Фонда обязательного медицинского страхования Магомед Сулейманов, главные врачи лечебных учреждений, сотрудники медакадемии, медперсонал.

Реконструкция и капитальный ремонт этих лечебных учреждений осуществлены по программе модернизации объектов здравоохранения на 2011-2012 годы. Президент и сопровождающие его лица осмотрели корпуса, палаты, операционные, ознакомились с новейшим оборудованием, позволяющим производить самые сложные операции. Потребность в подобных лечебных учреждениях, по словам министра здравоохранения Ильяса Мамаева, возникла давно, и хотя они лишь частично решают проблемы, все же напряженность снимают. Но республика не собирается останавливаться на этом, объекты здравоохранения и дальше будут модернизироваться.

Комментируя увиденное, глава республики Магомедсалам Магомедов сказал:

- Мы сегодня ввели в эксплуатацию очень важные, востребованные учреждения здравоохранения. Все, кто бывал раньше в этих учреждениях, могут сравнить то, что было, с тем, что мы сейчас имеем. Вы сами увидели, что выглядит все совершенно по-другому. Эти учреждения соответствуют самым высоким медицинским стандартам, не уступают лучшим учреждениям страны. Я думаю, что именно такими должны быть наши больницы, поликлиники. Для этого и реализуется программа модернизации здравоохранения. За последнее время мы капитально отремонтировали 43 учреждения здравоохранения, в наших больницах и поликлиниках разместили более 600 наименований современного медицинского оборудования стоимостью более 740 миллионов рублей.

Конечно, это потребовало и соответствующей подготовки медперсонала - более двух тысяч врачей прошли такую подготовку. Овладев новой техникой и технологией, они могут полноценно работать на этом оборудовании и оказывать соответствующую помощь больным, сделать услуги доступными, применять новые стандарты. На модернизацию здравоохранения республика потратила более 7 миллиардов рублей - в

первую очередь это федеральные деньги, поступившие через Фонд обязательного медицинского страхования, есть и республиканские средства. Считаю, что реализация программы модернизации здравоохранения проходит успешно. Во время видеоконференции избранный президентом страны Владимир Владимирович Путин отметил, что Дагестан - один из тех регионов, где все мероприятия программы реализуются в срок и качественно. Мы гордимся этим. Я считаю, что это конкретная забота о наших людях, чтобы они могли получать качественную медицинскую помощь.

Глава республики тем не менее отметил, что не все учреждения здравоохранения отвечают возросшим требованиям. Таких объектов недостаточно, их надо строить еще и еще. Сейчас идут работы еще на 30 объектах здравоохранения. В последние 2-3 года построили 15 таких объектов, 8 из них - в сельской местности. Прибавим к ним десятки ФАПов, возведенных практически во всех районах. Это очень нужно. Нужно, чтобы наши люди могли получать качественную медицинскую помощь. Врачи у нас хорошие, профессия врача всегда пользовалась уважением, люди с благодарностью относятся к ним. Но заработная плата еще недостаточно высокая, об этом говорили медицинские работники во время беседы с Президентом РД.

- Это действительно так, - сказал Магомедсалам Магомедов, - я знаю эту проблему, и мы думаем над её решением. В прошлом году нам удалось поднять зарплату медперсонала на 7,5 процента, сейчас она составляет около 10 тысяч рублей. Но это меньше, чем в среднем по экономике. В этом году хотим ее существенно, процентов на 25, поднять и затем планомерно поднимать в дальнейшем. Для хорошего специалиста деньги, которые он сейчас получает, недостаточны. Повышение заработной платы также входит в программу модернизации, и я надеюсь, что реализация всех мероприятий позволит существенно улучшить ситуацию в здравоохранении.

Дагестанская правда, Газета, Махачкала, Гази Гасайниев (28-03-2012)

Первый за Уралом обучающий симуляционный центр для врачей и медсестер открылся в Томске

ТОМСК, 10 апр - РИА Новости, Элеонора Черная. Сибирский государственный медицинский университет (СибГМУ) открыл во вторник первый в СФО обучающий симуляционный центр для обучения и повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала, сообщил РИА Новости руководитель центра Евгений Рипп.

По информации Минздравсоцразвития РФ, во всех федеральных округах с 2011 по 2013 год планируется создать 12 симуляционных центров, которые будут решать проблему повышения квалификации врачей и среднего медперсонала. Это комплексы симуляторов с современным оборудованием и манекенами, позволяющими создать ситуацию, максимально приближенную к реальной. Создание симуляционных центров и внедрение новых программ обучения в области акушерства, гинекологии, неонатологии и педиатрии позволит на 15-18% улучшить показатели деятельности родовспомогательных и педиатрических медицинских организаций.

«Центр предназначен для обучения и повышения квалификации медиков в области акушерства и генокологии, неонатологии, анестезиологии, реаниматологии, интенсивной терапии. В пилотном режиме центр работал с декабря 2011 года, а сегодня (10 апреля) официальное открытие. На территории от Урала до Дальнего Востока мы первые. Из федерального бюджета выделено 37,5 миллиона рублей на оборудование для центра, СибГМУ вложил дополнительно 15-18 миллионов рублей на проведение ремонта в помещениях центра, приобретение расходных материалов», - сказал Рипп.

Он уточнил, что с 2011 года симуляционные центры открылись в Томске, Москве, Санкт-Петербурге, Иванове.

По его словам, в центре расположены операционные палаты и лекционные залы, а для подготовки специалистов здесь применяются новейшие технологии имитационного обучения. Он оснащен комплексом из 35 специализированных тренажеров и роботов-симуляторов, муляжей беременных женщин и новорожденных детей, электронных фантомов, виртуального симулятора для отработки навыков в эндоскопической хирургии, а также оборудованием для реанимации и интенсивной терапии. Процессы обучения и отработки навыков записываются на видеокамеры, транслируются в залы дебрифинга для детального разбора и анализа ошибок. Все это позволяет медикам отработать алгоритм действий в различных неотложных ситуациях.

По мнению ректора СибГМУ Вячеслава Новицкого, открытие симуляционных центров в России будет способствовать повышению качества и доступности медпомощи и устранению дефицита медицинских кадров.

«В России есть существенный дефицит врачей и медсестер, а это угроза здоровью нации в целом. Эту проблему надо решать. К счастью, руководство страны уделяет этой теме большое внимание, как пример - открытие симуляционного центра в Томске. Мы получили возможность обучить на самом высокотехнологичном оборудовании врачей и средний медперсонал не только из Томской области, но и близлежащих областей - от Урала до Дальнего Востока. Повысить квалификацию смогут все желающие. Это действительно обучающий центр, который готовит высокопрофессиональные кадры», - сказал он.

Ранее глава Минздравсоцразвития Татьяна Голикова сообщила, что дефицит кадров в амбулаторном звене здравоохранения составляет 187,5 тысячи человек, при этом в

стационарном звене существует переизбыток кадров - 34,7 тысячи человек. Дефицит кадров среднего медицинского персонала составляет 800 тысяч человек.

РИА Новости - Единая лента новостей, Информационное агентство, Москва (10-04-2012)

В Самаре проведена первая операция на новейшем урологическом оборудовании

11 апреля в ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина» была проведена первая операция на новейшей урологической рентген-операционной («Uroscop Access»), сообщили корреспонденту ИА REGNUM-ВолгаИнформ в Департаменте по информационной политике и связям с общественностью аппарата правительства Самарской области. Оборудование, стоимость которого составила 19 млн 698 тыс. руб., было закуплено в рамках областной целевой программы «Модернизация здравоохранения Самарской области» на 2011-2015 годы». Этот аппарат единственный в Самарской области, всего в России их - 6. По сути, для полноценной работы на «уроскопе» в СОКБ создан новый операционный блок. Данное оборудование позволит выполнять до 4 эндоскопических операций за смену. Его качественное отличие от урологической медицинской техники предшествующих поколений заключается в минимизации открытых хирургических вмешательств, в возможности использовать только естественные отверстия человека для доступа в оперируемую область. Таким образом, период восстановления после эндоскопических операций будет составлять всего 3-4 дня.

Новая рентген-операционная станет базой для формирования крупного межрегионального уронефрологического центра.

Юрий Олефир как практикующий хирург-уролог стал первым, кто провел операцию на «уроскопе». Его пациент, 60-летний мужчина, страдал от мочекаменной болезни, его правая почка практически не функционировала. Пациенту была проведена контактная уретеролитотрипсия со стентированием правой почки. Как сообщил заведующий урологическим отделением СОКБ им. М.И. Калинина Сергей Пикалов, прооперированный мужчина уже через 2 часа после операции не испытывал болей и свободно передвигался.

http://www.regnum.ru/news/medicine/1520167.html REGNUM, Информационное агентство, Москва (12-04-2012)

Перестроить здравоохранение нужно за счет страхования - эксперты «открытого правительства»

ГОРКИ, 13 апр - РИА Новости. Эксперты в рамках «открытого правительства» рекомендовали президенту РФ серьезные изменения существующей модели российского здравоохранения в сторону страхования.

«Сегодня прозвучали доклад министра здравоохранения и доклад экспертной группы, который был разработан в рамках работы «открытого правительства», - сообщил журналистам президент группы «АльфаСтрахование» Михаил Бершадский по окончании совещания по вопросам здравоохранения, которое провел президент РФ Дмитрий Медведев.

Бершадский сообщил, что участники встречи высказывали разные мнения по модели развития здравоохранения в РФ. «Экспертами было рекомендовано серьезное изменение всей модели функционирования российского здравоохранения. Эта модель связана с изменениями в сторону страхования, в сторону повышения конкурентности между лечебными учреждениями, это так называемая рисковая модель развития здравоохранения», - сказал он.

В то же время, по словам президента группы «Альфа-Страхование», Минздравсоцразвития придерживается более консервативных взглядов на развитие здравоохранения. «На сегодняшний день та модель, которая есть в РФ, это модель советская, и ее перестройка достаточно болезненна», - отметил он.

В то же время предлагаемая новая модель, заметил Бершадский, позволит гражданам России быть более защищенными, поскольку появится «элемент квалифицированного посредника», а также возможность выбора как лечебного учреждения, так и страховой компании.

«Нами была высказана серьезная озабоченность того, что просто выделение денежных средств не ведет к экономии расходов. Эта модель не дает возможности подсчитать, сколько средств нужно в российском здравоохранении», сказал представитель «АльфаСтрахования».

Экспертами, по словам Бершадского, были даны рекомендации в рамках «открытого правительства» о подготовке необходимых законопроектов и поручений Минздраву.

При этом, говоря о сроках рассмотрения всех вопросов и принятия решений по ним, эксперт отметил, что этим, вероятно, будет заниматься уже новое правительство.

РИА Новости - Единая лента новостей, Информационное агентство, Москва (13-04-2012)

Неонатальный центр откроется в подмосковном Клину в июле 2012 года

МОСКВА, 20 апр - РИА Новости. Межрайонный неонатальный центр по выхаживанию новорожденных и недоношенных детей откроется в подмосковном Клину 1 июля 2012 года, сообщили в пресс-службе горадминистрации.

«Межрайонный неонатальный центр будет действовать на базе двух учреждений здравоохранения Клина - роддома и детской больницы.

На их капитальный ремонт и оснащение медицинским оборудованием из федеральной программы модернизации

здравоохранения было выделено порядка 200 миллионов рублей. Центр будет состоять из 36 коек, из них шесть - реанимационных», - говорится в сообщении.

Как добавили в пресс-службе, новый неонатальный центр примет своих первых пациентов в июле этого года, в центре уже есть аппараты для реанимации новорожденных, приборы искусственной вентиляции легких, кувезы (боксы для новорожденных с подачей кислорода и поддержанием необходимой температуры, в которых помещают недоношенных или заболевших младенцев), мониторы для слежения за жизненно важными органами новорожденного и другое дорогостоящее реанимационное оборудование.

«Самое главное, что здесь уже есть хорошие неонатологи, специалисты, квалификация которых позволяет выхаживать тяжелобольных детей и новорожденных с экстремально низкой массой тела», - приводятся в сообщении слова министра здравоохранения Московской области Владимира Семенова.

Для нового центра по федеральной программе здравоохранения будет также приобретен неонатальный реанимационный автомобиль на сумму 5,5 миллиона рублей, условия пребывания в котором максимально приближены к стационарным.

«Таких окружных межрайонных отделений должно быть 12 в Московской области. Приятно, что одно из них открывается сегодня в Клину. Это ведь географически самая окраина Московской области. Тем самым мы уходим от стереотипа, что высококвалифицированная медпомощь может быть оказана только в Москве и около нее», - сказал Семенов.

Как сообщили ранее в пресс-службе администрации Клинского района, в здании роддома, где расположится центр, были полностью заменены двери и окна, кровля, инженерные коммуникации, система отопления и водоснабжения, электрика, сантехника, установлена система вентиляции, лифты и произведены отделочные работы. Кроме того, роддом оснащен системой видеонаблюдения за территорией, прилегающей к зданию роддома, в корпус проведен интернет и кабельное телевидение, заменено дорогостоящее медицинское оборудование.

В конце прошлого года заместитель председателя правительства Подмосковья Виктор Егерев отметил, что одним из трех основных направлений программы модернизации здравоохранения Московской области является детская медицина. Более 25% бюджета программы направлены на детские поликлиники и детские больницы, — отметил он.

РИА Новости - Единая лента новостей, Информационное агентство, Москва (20-04-2012)

Транш в клинику

Впервые с момента создания в стране системы обязательного медицинского страхования федеральный фонд ОМС опубликовал официальный рейтинг компаний, работающих на этом рынке. Он должен наглядно продемонстрировать, насколько изменилась их деятельность за год работы в услови-

ях нового закона об ОМС, поставившего перед страховщиками масштабную задачу защиты прав пациентов.

Правда, рядовому обладателю полиса ОМС крайне сложно разобраться в представленной на сайте фонда таблице. Без пояснения специалиста очевидно одно: на рынке страхования России сейчас работают 88 компаний, при этом несколько федеральных бизнес-структур курируют не менее четверти всех российских пациентов. Самая крупная страховая компания УрФО занимает в общероссийском рейтинге только 15 место, и на ее долю приходится 1,4 процента рынка (более 1,3 миллиона человек).

Тем не менее Уральский округ на общефедеральном фоне имеет свои особенности. Прежде всего благодаря Свердловской области - единственному в стране региону, где на конец 2011 года действовало аж 15 компаний, занимающихся обязательным медстрахованием. Это самый высокий показатель - на треть больше, чем у Москвы или Санкт-Петербурга, и вдвое - чем у соседей-челябинцев.

- На наш взгляд, такой результат связан с экономической развитостью региона, кроме того, местный рынок страхования региональные компании долго защищали, не давая возможности прийти на него федералам. Мы приветствуем многообразие, поскольку между компаниями идет жесткая конкурентная борьба и лидеры демонстрируют активную работу по защите прав пациентов, - пояснила корреспонденту «РГ» пресс-секретарь территориального фонда медицинского страхования Елена Денисламова.

Развернуться компаниям есть где. На начало текущего года в Свердловской области было застраховано 4 608 516 человек, при том, что в регионе проживают немногим более 4 миллионов 297 тысяч. Как утверждают страховщики, разница в триста тысяч - не арифметическая погрешность и уж тем более не «мертвые души», это трудовые мигранты, получившие страховку от работодателя.

Еще четыре года назад в Свердловской области начали составлять свой рейтинг страховщиков ОМС. Критерии разработали в местном отделении объединения предпринимателей «Опора России» и во главу угла поставили эффективность работы компаний с пациентами. Чтобы прорваться в лидеры, отдельные страховщики откровенно блефовали, невероятно завышая показатели по работе с обращениями клиентов, особенно устными и письменными просьбами. Получалось, что застрахованные едва ли не после каждого посещения поликлиники звонили или отправляли сообщения своим страховщикам. В такую статистику не поверили прежде всего их коллеги. Поэтому появление официального рейтинга, основанного на документальных отчетах, только приветствовали.

- Очевидно, что у этой инициативы есть экономическая подоплека. Ведь опирающийся на рейтинг выбор пациента, не вникающего в отличия между страховыми компаниями, ведет к перераспределению клиентов на рынке ОМС. И здесь очень важно расставить верные ориентиры, - уверен президент Ассоциации региональных медицинских страховщиков «Территория» Максим Стародубцев.

Только в прошлом году благодаря поддержке страховщиков ОМС жители региона отсудили у больниц 2 миллиона 365

тысяч рублей (это десятая часть от общероссийской цифры). Большую часть этой суммы составляет компенсация морального вреда - 2,166 миллиона. Материальный ущерб в связи с необходимостью после такого лечения заново восстанавливать здоровье составил более 198 тысяч рублей.

Безусловно, правозащитная работа страховых компаний требует затрат, прежде всего на привлечение квалифицированных специалистов. Нести их готовы не все. В Свердловской области только четыре из 15 страховых компаний в прошлом году отстаивали в судах права своих клиентов. Интересно, что по количеству выигранных дел лидирует компания, которая на рынке Среднего Урала занимает только четвертое место по количеству застрахованных. В 2010 году каждый десятый рубль морального ущерба, отсуженный у клиник пациентами, приходился на долю именно этого страховщика. Причину успеха объяснил корреспонденту «РГ» один из совладельцев компании: «Все свободные средства мы тратим на экспертов и хороших юристов, потому что наша цель - отстаивать права людей на качественное медицинское обслуживание. Как показывает практика, это пока не самая доходная бизнесстратегия, два года мы работаем в минус. Но отступление от этого принципа превращает обязательное медстрахование в фикцию».

Сторонники такого подхода уверены, что именно критерии поддержки пациентов должны являться основополагающими при оценке деятельности страховщиков. Поэтому необходимо разработать механизм поощрения компанийправозащитников. И такой бонус новый закон предполагает: территориальные фонды ОМС имеют право увеличивать процент «на ведение дела» для компаний, активно защищающих права застрахованных пациентов. Повышающий коэффициент можно будет применять с будущего года.

По сути, этот самый процент является финансовой основой существования страховщиков ОМС, гарантом их стабильности. Это доля, автоматически отчисляемая компаниям из платежей граждан в фонд обязательного медстрахования. До 2011 года регионы имели право устанавливать ее размер самостоятельно, и, кстати, в Свердловской области он был выше, чем в среднем по стране - доходил до 3,2 процента. Так что суммы, поступающие на счета страховых компаний, получались немалые. К примеру, в 2010 году в страховой бюджет ТФОМС из различных источников поступило более 13,5 миллиарда рублей, которые были перечислены через счета страховых компаний в медицинские учреждения за пролеченных пациентов. Нетрудно подсчитать, сколько денег осталось на счетах страховщиков.

Вступивший в силу в январе прошлого года новый закон об ОМС несколько пошатнул «автоматическую» стабильность. В стране ввели единый норматив на ведение дела - 1,8 процента от перечисляемой за клиента страховой суммы. Кроме того, компаниям запретили использовать в своих финансовых операциях остававшиеся на их счетах страховые средства. То есть на «хлеб с маслом» страховщики ОМС отныне вынуждены зарабатывать. И каждый делает ставку на свое: кто-то на честное имя борца за права застрахованных, кто-то - на привлечение в свою компанию как можно большего числа клиентов.

- Я считаю, что оставленный на ведение дела процент это неплохие деньги. Для кого-то и этого много, поскольку у него в штате только директор да бухгалтер. А сама страховая компания существует лишь для того, чтобы транзитом через свои счета перечислять деньги из ТФОМСа в больницы. Но если идти по такой схеме, то в принципе становится непонятно, для чего страховые компании ОМС существуют? К чему иметь финансовые перевалочные пункты да еще и платить им за посредничество? Достаточно оставить один ТФОМС, при нем какого-нибудь уполномоченного по правам пациентов и все. Если страховые компании не вкладываются в защиту прав граждан, то вообще исчезает смысл их существования, уверен Максим Стародубцев.

Столь категорично ставить вопрос готовы не многие. Как показывают тенденции последних месяцев, основную ставку по-прежнему делают на массовость. В частности, недавно две крупнейшие страховые компании Среднего Урала слились. По оценке одного из ведущих специалистов страхового рынка Александра Меренкова, объединенная структура будет иметь в своем портфеле более половины всех полисов Свердловской области. Максим Стародубцев уверен, что подобные процессы хоть и закономерны, но не способствуют росту качества услуг, ведь контролировать гигантов сложнее.

Страхование сегодня, On-line СМИ, Москва (19-04-2012)

В челябинском г. Миассе открыт новый медицинский центр

В Миассе Челябинской области на базе городской больницы № 2 оборудован современный центр амбулаторного гемодиализа «Лотос», в котором будут проходить бесплатное лечение пациенты с хронической почечной недостаточностью. Об этом 23 апреля сообщили корреспонденту ИА REGNUM в пресс-службе правительства Челябинской области.

На сегодняшний день 53 человека в Миасском городском округе нуждаются в оказании такой медицинской помощи, которая требует регулярного посещения пациентом отделения амбулаторного гемодиализа. Процедура восстановления нормальной работы организма занимает 4 часа, а периодичность посещения центра - 3 раза в неделю. Отделение рассчитано на 70-86 пациентов.

Обслуживание пациентов будет проходить на одном из самых современных оборудований. Аппарат под названием «Искусственная почка» осуществляет в организме больного фильтрационную функцию, удаляет лишнюю жидкость. Лечение будет бесплатным для пациентов и будет оплачиваться Фондом обязательного медицинского страхования».

REGNUM, Информационное агентство, Москва (23-04-2012)

В Оренбургской области роженицы получат медпомощь самого высокого уровня

Правительство Оренбургской области планирует построить в Оренбурге новое здание областного перинатального центра на 170 коек. Структура нового центра будет ориентирована на современные требования, предъявляемые к учреждениям третьего, самого высокого уровня оказания медицинской помощи беременным и новорождённым. Об этом корреспонденту ИА REGNUM сообщили в региональном Министерстве здравоохранения.

Развитие перинатальной службы является одной из важных мер по улучшению демографической ситуации. В муниципальном клиническом перинатальном центре Оренбурга в рамках модернизации капитально ремонтируют все корпуса общей площадью 15 тыс. кв. метров. На эти цели выделяют свыше 200 млн рублей. В 2012 году поступит современное оборудование на 108 млн рублей, что позволит продвинуться в плане реанимационной помощи, диагностики и выхаживания новорождённых, в том числе с экстремально низкой массой тела, а также приступить к развитию неонатальной хирургии.

По словам главного акушера-гинеколога Министерства здравоохранения области Татьяны Безменовой, в областном и муниципальном перинатальных центрах уже на протяжении ряда лет специалисты выхаживают детей с экстремально низкой массой тела, применяя высокие технологии. Врачам и раньше удавалось сохранить жизнь малышей весом чуть более 600 гр. Теперь критерии стали ещё выше - от 500 гр. Современная аппаратура по выхаживанию таких новорождённых создаёт модель внутриутробного состояния, чтобы ребёнок и дальше мог развиваться в том микроклимате, к которому он привык.

По программе модернизации здравоохранения в Оренбургской области приняли трёхуровневую систему оказания медицинской помощи женщинам и детям. Это родильные отделения ЦРБ, куда поступают будущие мамы, чье состояние здоровья не вызывает опасений; 13 межмуниципальных центров, оснащённых современной техникой, где могут оказать помощь женщинам с осложнённой беременностью; муниципальный и областной перинатальные центры, куда направляются самые тяжёлые пациентки.

Отметим, что в Оренбургской области в первом квартале 2012 года родилось 6 357 детей. Из них - 74 двойни, одна тройня.

REGNUM, Информационное агентство, Москва, (26-04-2012)

День рождения травмоцентра в Шилке

4 мая в Шилке открылся центр помощи при дорожнотранспортных происшествиях второго уровня, созданный на базе хирургического отделения Центральной районной больницы.

В 2011 году Забайкальский край впервые вступил в федеральную программу по оказанию медицинской помощи пострадавшим при ДТП. Между Минздравсоцразвития России и Правительством Забайкальского края было заключено Соглашение, согласно которому размер федеральной субсидии бюджету Забайкальского края составил 311 430,8 тыс. рублей. Из краевого бюджета на софинансирование мероприятий было выделено 99 288,4 тыс. рублей. Общий объем финансирования мероприятий в 2011 году составил 410 719,2 тыс. рублей. Первыми лечебными учреждениями, которые попали в данную программу, стали больницы вдоль федеральной автодороги М-58 «Чита-Хабаровск».

Для реализации мероприятий в Забайкальском крае развернуты травмоцентры первого уровня в ГУЗ «Краевая клиническая больница» и ГУЗ «Краевая детская клиническая больница» г.Читы, травмацентр второго уровня на базе ГУЗ «Шилкинская ЦРБ», травмацентры третьего уровня на базе ГУЗ «Карымская ЦРБ», «Нерчинская ЦРБ», «Чернышевская ЦРБ», «Могочинская ЦРБ» для оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП на федеральной автодороге М-58 «Чита-Хабаровск».

В том, что значительные материальные затраты не пропали даром, мы убедились, побывав на открытии травмоцентра на базе Шилкинской ЦРБ 4 мая текущего года. Всего на организацию травмоцентра было затрачено более 66 млн. рублей (ремонт помещений, обучение кадров на центральных базах, приобретение реанимобиля и медицинского оборудования, в том числе компьютерного томографа). Хирургическое отделение, противошоковая палата, операционная приятно удивили не только чистотой и порядком, но и наличием оборудования мирового уровня. Травмоцентр работает на полную мощность, все оборудование используется, пациенты получают лечение в значительно лучших, чем ранее, условиях.

Комментирует главный врач Шилкинской ЦРБ Сергей Бянкин: «Конечно, было непросто. Во время ремонта, длившегося более полугода, ни одному пациенту мы не отказывали в необходимой помощи. Сейчас медицинский персонал радуется преобразованиям, произошедшим в больнице. Наша особая гордость - компьютерный 16-срезовый томограф, которого нет ни в одной из районных больниц не только Забайкальского края, но и Иркутской области и Республики Бурятия. На томографе обследовано уже более ста пациентов». Как подтверждение, в отделении реанимации нам был показан пострадавший с черепно-мозговой травмой, которому сразу после обследования на томографе проведена экстренная операция, спасшая жизнь.

Участие в открытии приняли: директор Забайкальского ТФОМСа Алексей Бутыльский, главный травматолог Министерства здравоохранения Забайкальского края Вячеслав Самойлов, главные врачи краевых и районных лечебных учреждений Иван Шовдра, Александр Брижко, Максим Сеничев, Андрей Беспалов. На следующий день главным хирургом Алексеем Саклаковым и главным травматологом Вячеславом Самойловым проведены показательные операции.

В 2012 году подобные организационные мероприятия планируется провести в учреждения здравоохранения на федеральной автодороге M-55 «Чита - Иркутск».

Комсомольская правда (Кр.ru), Алексей Саклаков, (05-05-2012)

Тувинские врачи предложили использовать ГАС Выборы в телемедицине

Тувинские медики предлагают оригинальное использование веб-камер, отработавших свое на выборах. По словам врачей, государственную автоматизированную систему «Выборы» было бы вполне целесообразно использовать для расширения создаваемой в регионе сети телемедицины, вплоть до сельских ФАПов, сообщили в пресс-службе правительства региона.

- Это решение позволило бы жителям сельских окраин Тувы и их фельдшерам получить оперативный доступ к консультациям квалифицированных врачей региональных клиник. Подобной возможности нет пока ни у одного из 94 фельдшерско-акушерских пунктов республики, и в ближайшие годы ее не предвидится, поскольку сельская медицина в части внедрения дистанционных технологий не вошла в программу модернизации здравоохранения, - подчеркнули в республиканском правительстве.

Идея таким образом пристроить демонтируемые после выборов камеры возникла у главного врача центральной больницы Тоджинского района Орлана Кыргыса. Он уже выступал со своим проектом в Красноярске на курсах Сибирского федерального университета по подготовке управленческих кадров для здравоохранения и получил полное одобрение коллег. По словам Кыргыса, подключение ФАПов к каналам уже существующей видеосвязи ГАС «Выборы» на сегодня самый быстрый и малозатратный способ на порядок повысить качество медицинской помощи населению сел, особенно труднодоступных. Для Тувы он актуален и тем, что в составе пяти районов республики, включая Тоджинский, есть по нескольку населенных пунктов, наземная связь с которыми затруднена или ее вовсе нет.

Доступ к ГАС, как рассказал автор предложения, позволит медпунктам подключиться к внедряющимся программным комплексам «Поликлиника», «Стационар», в удаленном режиме записывать односельчан на прием к врачам районной или республиканских больниц, получать для своих пациентов электронные копии рецептов на необходимые лекарства, консультироваться с узкими специалистами и многое другое. Очевидны выгоды и в организации труда ФАПов - кроме повышения собственно качества медпомощи, серьезно экономится рабочее время фельдшеров, упрощается процедуры сдачи отчетов, не говоря уж о снижении расходов на ГСМ для поездок в райцентр.

Как отметили в правительстве Тувы, вице-премьер и глава Минздравсоцразвития республики Анатолий Дамба-

Хуурак уже поручил специалистам провести всестороннюю экспертизу предложения и подготовить основания для разработки проекта.

Российская газета, Москва, Надежда Столярчук, (06-05-2012)

Грозненский госпиталь не только восстановлен, но и оснащен высокотехнологичным оборудованием

В одно из крупнейших лечебных учреждений на Северном Кавказе - Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн (РКГВВ) в Грозном поступило новое диагностическое оборудование производства General Electric (GE). По сообщению компании, GE оснастила госпиталь рентген-аппаратами, УЗИ-аппаратами, ангиографом, реанимационным оборудованием, магнитнорезонансным томографом (МРТ), компьютерным томографом (КТ) премиум-класса, системами для поддержания жизнеобеспечения пациентов, а также другим высокотехнологичным оборудованием. Стационар рассчитан на 290 койко-мест, а поликлиника при больнице - на 300 посещений в смену.

Как отметил президент и главный исполнительный директор GE в России и СНГ Рон Поллетт: «GE в своей деятельности всегда стремится участвовать в ключевых проектах по развитию инфраструктуры здравоохранения в регионах и способствовать внедрению передовых технологий визуализации, тем самым повышая качество медицинских услуг и делая их более доступными для населения».

Глава Чеченской республики Рамзан Кадыров в своей приветственной речи на церемонии открытия сравнил госпиталь с космическим кораблем, оснащенным по последнему слову техники. Он поздравил всех с этим знаменательным событием. «Медицинское учреждение оснащено самым современным оборудованием. Уверен, что специалисты госпиталя будут оперативно и качественно оказывать необходимую помощь всем, кто в ней нуждается», - сказал Рамзан Кадыров. В свою очередь министр здравоохранения Чеченской республики Шахид Ахмадов отметил, что в госпитале будет работать высококвалифицированный медперсонал.

Для справки:

РКГВВ берет свое начало с 1944 года, когда он принял первых пациентов. Это были раненные на фронтах Великой Отечественной войны бойцы. Госпиталь непрерывно работал вплоть до начала военных действий в Чеченской республике, когда он был полностью разрушен.

Ремедиум, Москва, (10-05-2012)

Карелия вошла в число лучших регионов по модернизации здравоохранения

Распоряжением Правительства Российской Федерации определены 12 субъектов России, обеспечивших по итогам 2011 года лучшие показатели выполнения на своих территориях программы модернизации здравоохранения. В их число вошла и Карелия.

В соответствии с данным распоряжением республика получит дополнительно еще 328,4 миллионов рублей на реализацию мероприятий программы модернизации в текущем году.

Напомним, что ранее на модернизацию карельского здравоохранения на 2011-2012 годы уже было выделено 2,8 милиардов рублей из средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Благодаря федеральному финансированию укрепляется материальнотехническая база учреждений здравоохранения, внедряются стандарты медицинской помощи и современные информационные системы.

Кроме того, из федерального бюджета Карелии на 2012 год дополнительно выделены финансовые средства в размере 8,4 миллиона рублей для оснащения санитарного транспорта бортовой аппаратурой спутниковой навигации ГЛОНАСС, оснащения станций скорой медицинской помощи навигационно-информационным оборудованием для мониторинга и управления санитарным транспортом, функционирующим с использованием систем ГЛОНАСС, и аппаратно-программными комплексами для обеспечения диспетчерских функций.

ИА Карелинформ, Петрозаводск, (11-05-2012)

Старые только стены. Михаил Юревич оценил обновленный центр реабилитации в Челябинске

Южноуральский губернатор Михаил Юревич побывал в челябинском центре реабилитации, отремонтированном по программе модернизации здравоохранения, - в общей сложности в учреждение вложили более 23 млн. рублей, сообщили Агентству новостей «Доступ» в пресс-службе главы региона.

Напомним, областной центр реабилитации пострадавших от радиации был создан в 1992 году на берегу озера Смолино в черте Челябинска. Изначально на его базе предполагалось оздоравливать ликвидаторов Чернобыльской и других техногенных катастроф, однако с 2007 года здесь также работает отделение для долечивания беременных женщин групп риска, а с 2009 года - для диабетиков и неврологических больных. Кроме того, действует отделение медицинской реабилитации для детей от четырех до 18 лет.

Центр реабилитации вошел в программу модернизации здравоохранения, благодаря чему почти 15 млн. рублей направили на капремонт лечебного корпуса и еще

8,3 млн. рублей - на приобретение медицинского оборудования для оснащения корпуса. Это средства федерального и регионального бюджетов.

Михаил Юревич осмотрел отремонтированные помещения, побеседовал с руководством и персоналом центра. Он отметил, что услуги этого учреждения пользуются спросом благодаря расположению в городской черте и красивой природе.

«Программа модернизации позволила оставить старыми только стены, все остальное - новое. И такие ремонты сейчас проходят по всей области. Здесь есть возможность дневного пребывания, что увеличивает количество реабилитируемых. Лечение происходит как за счет ФОМСа, так и на частные заработки. Центр отлично подходит и для беременных женщин, находящихся в группе риска», - подчеркнул губернатор.

Глава региона также напомнил, что в соответствии с федеральным законодательством программа медицинского страхования претерпит изменения уже в ближайшее время. Так, гражданин с полисом сможет проходить лечение в любом медицинском учреждении области, поэтому процветать будут больницы, где работает вежливый персонал и отсутствуют очереди.

АН Доступ, Челябинск, (11-05-2012)

Медицинское страхование в России: как сделать правильный выбор

Новый закон «Об обязательном медицинском страховании» (ОМС), вступивший в силу в прошлом году, позволил жителям России самостоятельно выбирать страховую компанию. Грамотный ее выбор поможет сделать «Рейтинг сайтов страховых компаний, работающих в системе ОМС в 2012 году», подготовленный РИА Новости в рамках проекта «Социальный навигатор».

Здоровье не купишь, утверждает поговорка. Однако помощь в его сохранении можно и купить, и по закону получить бесплатно - оформив полис медицинского страхования. Как выбрать страховую компанию, какие критерии для этого стоит принять во внимание? Ответы на этот и многие другие вопросы можно найти на сайтах страховых медицинских организаций (СМО). Исследование, проведенное РИА Новости в рамках проекта «Социальный навигатор», показало: на 90% сайтов есть информация о правах и обязанностях граждан в сфере ОМС, на 89% разъяснен порядок получения полиса. 67% сайтов содержат сведения об условиях предоставления бесплатной медицинской помощи, но ни на одном сайте нет всего спектра бесплатных медицинских услуг, которые можно получить в поликлиниках и больницах. То, чем эта страховая компания отличается от других, удалось узнать меньше чем на трети сайтов. Выводы, сделанные составителями рейтинга, свидетельствуют: на большинстве сайтов СМО дана крайне поверхностная информация о том, как поступить, если медицинская помощь была оказана некачественно или в ней и вовсе отказали.

Чужой среди своих

Галина Крылова три года назад возвращалась со старенькой мамой из Белоруссии в Россию. В машине маме стало плохо, и в приемный покой больницы в белгородском райцентре ее пришлось нести на руках. На медсестру, принимающую документы, не произвели впечатления ни посиневшие губы пациентки, ни мертвенная бледность, ни чрезвычайно низкое артериальное давление, ни полис обязательного медицинского страхования. «Взять вас не можем, вы не из нашей области», - заявила она.

«Сначала я объясняла, что маме, как и любому россиянину, могут и должны оказать помощь в любом регионе, - вспоминает Галина. - Бесполезно: "вы не наши". Тогда я сорвалась на крик и пообещала, что в журнале, где я редактор, напишу об этом так, чтобы куча людей прочитала, в том числе чиновники Минздрава. Через пять минут маму на каталке отвезли в отделение и поставили капельницу».

Случай оказался не единичным и не исключительным: по пути в двух других райбольницах разных регионов история повторилась. Аргументами в пользу оказания экстренной помощи пожилому человеку в предынфарктном состоянии стали дополнительные децибелы в голосе и журналистское удостоверение, но не полис ОМС, именно для этой цели и предназначенный.

«Это вряд ли неосведомленность медицинских работников, - считает врач-терапевт Виктор Никонов. - Может быть, коллеги не желали нести ответственность и рассчитывали, что не знающие о своих правах родственники пациентки развернутся и уйдут. А может, надеялись, что они, получив отказ в бесплатной помощи, готовы будут заплатить - якобы добровольно».

Старший преподаватель кафедры судебной медицины и медицинского права Московского государственного медикостоматологического университета Иван Печерей пояснил РИА Новости, что сотрудники больницы обязаны оказать медицинскую помощь по закону РФ даже при отсутствии у пациента полиса ОМС. «В соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» медицинские организации и медицинские работники должны безотлагательно и бесплатно оказывать экстренную медицинскую помощь, отказ категорически не допускается. Примечательно, что в новом законе об ОМС более четко обозначена недопустимость подобного поведения врача, - заявил Печерей. - Отказ носит противоправный характер, а в случае последующего причинения вреда здоровью пациента вследствие неоказания своевременной медицинской помощи является преступлением, предусмотренным статьей УК РФ «Неоказание помощи больному»».

Права и обязанности жителей Российской Федерации, имеющих полис ОМС

По словам директора Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ Ларисы Попович, даже если полис оформлен в Твери, медицинская помощь в случае необходимости должна быть оказана и в Белгороде, и во Владивостоке. «Система межтерриториальных расчетов действует с 1993 года. И если раньше возникали проблемы из-за того, что в каждом регионе полисы разного вида, не было единой системы идентифика-

ции, то теперь она есть», - отметила Попович. По ее мнению, в ситуациях, когда медперсонал отказывается оказывать помощь, необходимо звонить в страховую компанию по номеру, указанному на полисе. «Сама компания должна выполнять и просветительские функции: объяснять, куда и как обращаться в случае проблем. Если люди не знают своих прав, значит, не работает именно страховая компания», - считает она.

Позвони мне, позвони

Менеджер по направлению «Здоровье» проекта «Социальный навигатор» РИА Новости Людмила Кочеткова отметила, что звонить в страховую компанию или в территориальный фонд ОМС необходимо не только когда вам оказали недостаточное лечение, но даже в случаях плохого отношения или даже хамства со стороны медперсонала. Кроме того, это позволит уточнить, на какие именно медицинские услуги пациент может рассчитывать в данном регионе. «Перечень предусмотренного программой госгарантий обширный и расплывчатый, и конкретизируют его в каждом регионе по-своему, определяя, например, что именно понимается под лечением новообразований, сколько раз можно по программе ОМС посетить врача-специалиста и т. д. - рассказала она. - Таким образом, пациенту, обратившемуся в поликлинику, могут заявить: помощь окажем, но вам полагается только три посещения окулиста, не больше. Остальное - на коммерческих условиях».

Кроме того, по мнению Кочетковой, обладатель полиса в «чужом» регионе действительно во многих случаях может претендовать на менее широкий перечень услуг, чем местный житель: «Законом предусмотрена так называемая базовая программа ОМС - тот минимум, который гарантируется на всей территории страны. В некоторых регионах кроме базовой программы предусмотрена еще дополнительная, территориальная. Расширение может касаться, в частности, условий оказания медицинских услуг и обеспечения лекарствами. Если жителю другого региона или государства потребовалось обратиться к врачу, то ему окажут помощь в рамках базовой программы, а за остальное могут потребовать плату».

Известны специалистам и многочисленные случаи, когда иногородних жителей и иностранных граждан ограничивают в выборе стационара, поликлиники или врача.

Дома и в гостях

Стремление оказывать жителям других регионов и государств медицинские услуги в меньшем объеме, чем «своим», по словам экспертов, вполне понятно, - хотя и идет вразрез с законом. По нему в системе ОМС застрахованы не только россияне, но и граждане иностранных государств, постоянно или временно проживающие на территории РФ, и лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей) - то есть все, кроме временно (менее трех месяцев) пребывающих в стране, а экстренная помощь оказывается всем без исключения.

«Абсолютно все имеют право на экстренную помощь, вне зависимости от того, застрахован ли человек в системе ОМС или нет, - уточняет Кочеткова. - Когда мигранты приезжают к нам в страну, они в основном не оформляют страховку (как это делаем мы, выезжая за границу). Соответственно, если им нужна экстренная помощь - они ее получают, но не платят за нее».

«По статистике, мигранты потребляют сейчас 17 процентов медицинской помощи в Москве. Это зачастую дорогостоящие услуги: осложненные роды, тяжелые социально обусловленные заболевания», - отмечает Попович. В других странах, по ее словам, иностранный гражданин или иммигрант практически всегда финансово участвует в медстраховании - самостоятельно или вместе с работодателем, а для отдельных нуждающихся в соцзащите категорий мигрантов есть специальные государственные программы. «Но российский аттракцион неслыханной щедрости, когда все для всех бесплатно, причем на уровне мировых стандартов, и никому по закону нельзя в медицинской помощи отказать, - это абсурдное обязательство», - считает она.

Мы выбираем

По словам Ларисы Попович, в правилах ОМС нет территориальной привязки к месту постоянной регистрации, так что гражданин, зарегистрированный в Красноярском крае, но живущий в Москве, не должен испытывать никаких проблем с получением московского полиса. Остается выбрать для этого одну из многочисленных страховых компаний. Как это сделать?

После увольнения у Ирины Львовой остался на руках полис ОМС, но никто не объяснил, что с документом делать дальше, нужно ли его менять и не помешает ли то, что на ламинированной розовой карточке так и останется название организации, в которой она теперь уже не работает. Через три месяца участковый врач долго не мог понять, как оформлять ей больничный. «Вы сначала уточните, действителен ли вообще ваш полис, - сказал доктор. - Может, я и принимать-то вас не имею права». На консультации с докторами и медсестрами из соседних кабинетов, разъяснения в кабинете медстатистики ушло около часа. Выяснилось, что полис действителен и что наименование места работы в больничном листе теперь можно писать «со слов». Но появилась другая проблема: через месяц срок полиса заканчивается и нужно будет идти за новым. «Одна страховая компания тут через улицу, полисы они оформляют недели две. До другой ехать полчаса, но зато делают всё быстрее», - сказал врач, ссылаясь на других пациентов. О более существенных различиях ни врач, ни юрист поликлиники не знали.

«В настоящее время таких различий и нет, все страховые компании работают по ОМС одинаково плохо, - утверждает Лариса Попович. - По закону у них много обязанностей: организовать помощь, обеспечить доступ к специалисту, отследить процесс лечения, убедиться, что оно эффективно и пациент удовлетворен, - и только тогда перечислить деньги в поликлинику или больницу. На практике же выдают полис и забывают о пациенте».

По мнению главного редактора журнала «Здравоохранение» Александра Иванова, сегодня в России, к сожалению, непонятно, по каким критериям отличать одну страховую компанию от другой. «Есть утвержденное право выбора пациентом страховой компании и медицинской организации, но неясно, на чем должен выбор основываться. Теоретически компании могли бы конкурировать в области условий реализации программы госгарантий. Но этого нет, пациент не

заключает договор с компанией, у них нет взаимных обязательств», - отмечает Иванов.

По мнению Иванова, одним из критериев в пользу той или иной страховой компании может стать удобство использования сайта. «В законе об ОМС есть четкие требования, что должно быть на сайте, - уточняет эксперт. - Но помимо обязательного минимума компания может разместить там информацию о дополнительных услугах, о результатах своей работы, продемонстрировать, как она защищает права застрахованных».

Отличная компания. От других

В «Рейтинг сайтов страховых компаний, работающих в системе ОМС в 2012 году» РИА Новости включена группа критериев «Наличие информации об отличиях страховой медицинской организации от других». Это может быть наличие «своей» поликлиники, дополнительные услуги инвалидам, помощь детским домам или иная благотворительная деятельность. Еще один момент - отношение сотрудников компании к клиенту: вежливо ли отвечают по телефону и при личной встрече, дают ли полную исчерпывающую информацию, возможен ли выезд специалиста на дом к человеку, который не может самостоятельно приехать в офис в силу возраста или болезни.

«Нужно, чтобы страховые компании, занимающиеся ОМС, стали пациентоориентированными, - говорит Лариса Попович. - Именно такими их задумывали, когда создавали в 90-е годы. Сейчас эта идея сошла на нет, но ее надо возрождать, и именно с помощью рейтингов страховых компаний это можно сделать». По ее мнению, стремление оказать пациенту как можно более качественную услугу можно замерять: оценивая количество и квалификацию юристов и экспертов, сравнивая число и характер обращений в компанию, число экспертиз качества, проведенных компанией в медучреждениях, и, самое главное, меры, принятые после этих экспертиз. «Сначала показатели в рейтингах у многих страховых компаний будут низкими, но затем они начнут меняться, - считает эксперт. - И тогда пациент сможет выбрать компанию, которая реально заботится о нем».

РИА Новости, Москва, (11-05-2012)

Телеканал «Россия 24», программа «Общий рынок»: Обязательное медицинское страхование России и стран СНГ 12.05.2012

Ведущий: «Обязательное медицинское страхование – основа охраны здоровья населения практически во всех странах нашего общего рынка, при этом оно является государственным и всеобщим. ОМС позволило упорядочить финансирование здравоохранения и в теории привязать расходы к пациенту, что правда совсем не означает создание на постсоветском пространстве качественной, эффективной и доступной системы оказания медицинской помощи, так, чтобы и пациенты ее были

довольны, и врачи. Тут вопрос не в деньгах и не только в них. Тем не менее, многие полагают, что именно создание системы обязательного медицинского страхования, в которой непосредственно принимают участие частные компании, что сыграло очень важную роль в становлении постсоветских страховых рынков».

Корреспондент: «Начиная с 1991 года, когда Россия перешла на систему обязательного медицинского страхования, назревала кризисная ситуация, когда число компаний, желающих работать в системе ОМС, в первые годы перевалило за тысячу. Контролировать такое число посредников государство не могло, впрочем, и о добросовестности этих компаний было мало что известно. Выход нашли быстро - повысили требования к страховым медицинским организациям.

Юрий Бондарев, первый заместитель генерального директора ОАО «РОСНО-МС»: «Была выработана политика повышения их прозрачности и финансовой устойчивости. Требования к страховым компаниям постоянно повышались. И к настоящему времени мегарегулятор фиксирует на страховом медицинском рынке 78 страховых компаний».

Корреспондент: «Средства в ФОМС России поступают из двух источников. Это федеральные целевые программы и социальный налог. Медицинский полис дает право лечиться бесплатно. Но правда, что входит в перечень страховых случаев, не знает каждый третий житель страны».

Дмитрий Кузнецов, президент Межрегионального союза медицинских страховщиков: «Информация вся существует как на сайтах страховых компаний, так и на сайтах территориальных фондов. Это большой перечень, практически без ограничений. Что, с одной стороны, хорошо, но, с другой стороны, плохо. Потому что именно это не позволяет запустить реальный механизм страхования, когда каждая услуга, каждый объем медицинской помощи может оказываться в рамках программы, может быть просчитан, что в общем является одним из основных механизмов страхования в принципе».

Корреспондент: «Похожая система ОМС действует и в нескольких странах Содружества. Например, Молдова пошла по тому же пути, что и Россия. Правда обязательную страховку там ввели лишь 8 лет назад».

Мирча Буга, директор Национальной кассы медицинского страхования Республики Молдова: «Начиная с 2004 года изменился сам статус медицинских учреждений. Они перестали быть бюджетными организациями и перешли на новые экономических стандарты, на самофинансирование и на самоокупаемость».

Корреспондент: «Вот в Казахстане систему обязательного медицинского страхования лишь мечтают еще создать. Из бюджета выделили 3 млн долларов и больше их не увидели. Глава Фонда Иламбкер Иламбаев сбежал в США, прихватив все деньги. С тех пор в стране провели несколько реформ, но лечение до сих пор финансируется из бюджета. В Кыргызстане, в отличие от соседей,

систему ОМС все же создали. Все дела ведет специальный фонд при Правительстве Республики, отдельная от Минздрава структура. В перечне страховых случаев только визиты терапевтов, услуги скорой медицинской помощи, амбулаторное лечение и некоторые анализы. Современная диагностика уже за деньги. Но получить все это могут лишь работающие, люди на пособии, фермеры и несовершеннолетние дети».

Жыпаргуль Азибекова, начальник управления реализации программ медицинского страхования Фонда ОМС: «На амбулаторном уровне они могут бесплатно получить семь исследований. Это базовые бесплатные исследования, общие для всех граждан Кыргызстана, тех которые приписаны к своему семейному врачу».

Корреспондент: «А вот Азербайджан шел к системе ОМС несколько лет. Обязательную страховку вводят постепенно. Начали с отдельных регионов страны, но пока специалисты не утвердили схему страховки и список болезней, которые будут лечить в рамках ОМС».

Хады Раджаблы, депутат Милли Меджлиса, Республика Азербайджан: «А вот в соседней России платит только работодатель, в список (ред. — программа госгарантий) вошли 200 болезней, т.е. болезней, которые лечатся за счет медицинского страхования. Как будет у нас, еще не определили».

Корреспондент: «Российские специалисты перенимают опыт западных коллег. С этого года в стране заработал новый закон. Теперь граждане России могут выбирать не только страховую компанию, но и где лечиться – в государственной или в частной клинике. Кроме того, полисы нового образца действуют на всей территории страны, и не важно, где пациент прописан».

Светлана Кравчук, начальник Управления организации ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования: «Это тоже достаточно правильный шаг, потому что ряд людей у нас прописаны в одной области, работают в другом субъекте Российской Федерации. Раньше для них было сложно выбрать страховую медицинскую организацию, там, где им наиболее удобно. Сегодня они также могут реализовать это право».

Корреспондент: «Говорить об успехах нового закона еще рано, - говорят эксперты и добавляют - идеальных систем не бывает, недовольных медобслуживанием всегда достаточно».

Михаил Терентьев, Александр Зильберг, Сергей Фалендыш – Общий рынок.

Строящийся крупнейший на Дальнем Востоке медцентр на острове Русский объявил о начале набора штата медиков

Определена структура будущего медицинского центра Дальневосточного федерального университета (ДВФУ), который в настоящее время строится на острове Русский во Владивостоке.

В состав крупнейшего на Дальнем Востоке медцентра войдут 11 лечебных и три диагностических центра, консультативная поликлиника с офисами врачей общей практики, научно-исследовательские лаборатории, служба информационных технологий, центральное стерилизационное отделение. Около медицинского центра ДВФУ также будет построена вертолетная площадка для экстренных ситуаций.

Отмечается, что уже началось формирование штата будущего центра. В одной из самых современных клиник на Дальнем Востоке будут работать около 200 медицинских сотрудников.

По данным департамента градостроительства администрации Приморского края, которые приводит прессслужба, одной из основных задач медцентра станет создание условий для удовлетворения потребностей населения в качественной доступной специализированной высокотехнологичной медицинской помощи. Об этом сообщает в четверг пресс-служба администрации Приморья.

АМИ-Тасс, Москва, (12-05-2012)

Путин выделил более 500 млн. на модернизацию здравоохранения

Владимир Путин подписал распоряжение о распределении субсидий из фонда ОМС. Эти субсидии — от 280 до 714 млн рублей получат те 12 регионов, которые в 2011 году обеспечили показатели по программе модернизации здравоохранения

Саратовская область получит дополнительные 508 млн. рублей на модернизацию здравоохранения. Об этом сообщил Тимур Савинов, региональный координатор партийного проекта «Качество жизни» (Здоровье).

«Накануне праздников стало известно о том, что Владимир Путин подписал распоряжение о распределении субсидий из фонда ОМС. Эти субсидии – от 280 до 714 млн рублей получат те 12 регионов, которые в 2011 году обеспечили показатели по программе модернизации здравоохранения.

Саратовская область также вошла в их число. Нашему региону выделено 508, 1 млн рублей. По размеру субсидии мы третьи после Санкт-Петербурга (714 млн рублей) и Татарстана (606,3 млн рублей).

Для системы здравоохранения это замечательная новость. Не могу сказать, что прежнее руководство региона обеспечило наилучшие показатели по программе модернизации. Да, есть успехи, но есть и целый ряд проблем, прежде всего в сельской местности. Поэтому я могу расценивать

выделение этих средств скорее как символ доверия новому губернатору Валерию Радаеву со стороны федеральной власти. И я уверен, что при поддержке партии «Единая Россия», медицинского сообщества эти средства будут рационально израсходованы.

Сегодня министерство здравоохранения региона проводит мониторинг состояния системы здравоохранения. Думаю, что по его итогам будут определены направления и ЛПУ приоритетного финансирования по программе модернизации. И я более чем уверен, что новый губернатор и его команда сумеют эффективно использовать выделенные средства. Ведь в конечном счете задача состоит в том, чтобы наши жители получали качественную и доступную медицинскую помощь. Логично было бы вести речь и о продлении срока действия программы модернизации».

saratovnews.ru, Саратов, (14-05-2012)

На Чукотке выросли зарплаты у врачей

На Чукотке возросла заработная плата медработников. В сравнении с прежними показателями, в 2011 году размер денежного довольствия врачей повысился на 12,6%, кроме того, на 9,1% повысились доходы среднего медперсонала. Таким образом, средняя заработная плата врачей по округу составила 67,285 тыс. рублей, зарплата среднего медперсонала - 39,315 тыс. рублей, - об этом говорилось на расширенном заседании комитета по бюджету думы Чукотского АО, посвященного промежуточным итогам реализации мероприятий окружной программы модернизации здравоохранения.

По словам начальника главного управления здравоохранения Чукотского АО Евгения Подлесного, в прошлом году на программу модернизации здравоохранения в округе было запланировано 315,2 млн. рублей, кассовое исполнение составило 194,4 млн. руб. Остатки средств по программе санкционированы министерством здравоохранения и социального развития и федеральным фондом обязательного медицинского страхования к использованию в 2012 году. Особое внимание в докладе было уделено результатам расходования средств на реализацию программы. В частности, было отмечено, что 92,3 млн. руб. было потрачено на ремонт первого корпуса Иультинской райбольницы, 32 млн. рублей - на новый 64-срезовый компьютерный томограф, который получила Чукотская окружная больница. Начался капитальный ремонт Билибинской райбольницы.

«В минувшем году в округ поставлено и оплачено 8 единиц дорогостоящего медицинского оборудования - это половина из запланированного. Четыре аппарата уже установлено, но не введены в эксплуатацию; оставшиеся закуплены в текущем году» - пояснил Евгений Подлесный.

По итогам заседания был выработан ряд рекомендаций в адрес правительства Чукотского автономного округа, счетной палаты Чукотского автономного округа, депутатов думы автономного округа.

Всего в рамках региональной программы модернизации здравоохранения на 2011-2012 годы для нужд учреждений здравоохранения региона будет закуплено свыше 65 наименований медицинского оборудования на общую сумму 112,9 млн. рублей. 43,4 млн. рублей (38,4%) из этих средств направлены на приобретение оборудования для оказания медицинской помощи женщинам и детям, включая новорожденных.

Региональная программа модернизации здравоохранения Чукотского АО на 2011-2012 годы была утверждена в декабре 2010 года. Общий объем ее финансового обеспечения составляет около 625 млн. рублей за счет средств окружного бюджета, Федерального и территориального фондов обязательного медицинского страхования, - сообщили РИА «Восток-Медиа» в управлении информационной политики Чукотского АО.

vostokmedia.com, Владивосток, (15-05-2012)

Что ждет сельских врачей за 1 миллион рублей?

«Врач-миллионер» - впервые в истории родной медицины это не звучит горькой шуткой. Подписываясь на 5 лет работы в деревне, доктора, по новой госпрограмме, получают 1 млн рублей. А в придачу кучу пожилых пациентов, разъезды по бездорожью и дефицит лекарств и медтехники.

Останутся ли врачи на селе по окончании этой «золотой» пятилетки и станет ли сама сельская медицина современной? Это выяснял «Собеседник».

Доктор по гранту

Фельдшерско-акушерский пункт села Булатниково Владимирской области делит здание с детским садом. Своей вывески не имеет, однако с 8 утра в темном закутке под календарем с Путиным и древней агиткой про зеленого змия толпятся престарелые пациентки.

Немудрено - доктора здесь видят один раз в месяц. В остальные дни по утрам тут дежурит фельдшер, а на прием к терапевту надо ехать в соседнее село или за 20 км в райцентр Муром. Нынешний ажиотаж подогревается еще и тем, что «докторша новая и молодая».

- Предыдущая тут всю жизнь отработала, да померла от инсульта, с характерным оканьем говорят бабушки. А эта к нам по гранту, вроде ничего, обходительная. Но не знаем, налолго ли
- Куда денется, за 5 лет обживется, замуж выйдет за кого из наших да останется, обнадеживает единственный пациент-мужчина.

Он не знает, что доктор Мария Кашина уже замужем. Сельским терапевтом работает чуть больше месяца. А сертификат на заветный миллион из рук губернатора получила лишь несколько дней назад. И потратить его планирует не на домик в деревне, а на городскую квартиру в Муроме.

- Я точно не хочу жить в селе, хотя в работе здесь есть свои плюсы, - объясняет она. - Зарплата, например: в город-

ской больнице я работала в три смены и получала где-то 14 тысяч. А тут 16-18 тысяч и нагрузка поменьше. С 8 до 12 я принимаю на своем главном участке в соседнем селе Зименки. Раз в месяц выезжаю в другие подшефные села вроде Булатниково. А после 12 у нас выезды по вызовам, но обычно к 16 я уже дома.

За 4 часа утренней работы доктор принимает от 15 до 30 пациентов. Стандартный опрос, стетоскоп, тонометр - основной арсенал сельского врача.

- В этом минус - хочется хоть чем-то облегчить жизнь людям, но, кроме этих подручных средств, ничего нет, - говорит Мария Владимировна. - Выписываешь направления: на простые анализы надо ехать в нашу головную амбулаторию в Пестенькино, за всем остальным - в Муром. А пожилым даже за лекарствами сложно выбраться. Здесь в силу удаленности и возраста у людей бывают такие запущенные случаи!

Врачебное неравенство

На два таких случая Кашина едет после приема - последние стадии рака легких. Снова замер давления, «прослушка», но визит врача - это скорее психотерапия для родственников пациентов.

- Обезболивающие не помогают, доктор, - лихорадочно говорит жена умирающего. - Есть отказывается, кричит матом, меня даже в огород не пускает - боится один.

После получасового рассказа и очередного безнадежного укола женщина выглядит успокоенной. Одна из главных функций сельского врача - лечить души.

- Мы для них и психотерапевты, и соцработники. Приходят ведь поговорить. - Фельдшер Наталья Манькова в Булатниково 4 года, пришла сюда добровольно и безвозмездно. Проект «Земский доктор» запустили только с прошлого года, и Наташе миллион не достался.

Новая программа «поддержки сельской медицины», увы, не предусматривает поощрения тех, на ком эта медицина держалась прежде.

- У меня стаж 43 года, из них 19 я на селе. - Валентина Малышева тоже фельдшер, теперь работает с доктором Кашиной. - Я не жалею, на другой работе себя не представляю. В городе узкая медицина, а тут мы всех лечим - и бабушек, и деток, и алкоголиков. Я ведь тут еще и живу, потому ко мне могут постучаться в любое время суток.

Ветераны сельской медицины уверяют, что зависти к новоявленным миллионерам у них нет.

Особо роптать здесь вообще не приучены, хотя еще до старта программы некоторые эксперты пророчили чуть ли не физические разборки между врачами.

- Бред все это, сельские врачи не так уж плохо живут, зарплаты у них за счет надбавок весомо больше, - уверяет главврач Пестенькинской амбулатории Людмила Белякова. - Средства выделяются, и если их пускать по назначению, то все можно наладить. У нас, например, есть даже УЗИ и ЭКГ для сельских амбулаторий роскошь. Мы сами закупаем некоторые лекарства и даже наших фельдшеров возим на служебном транспорте - иначе зимой им кое-где только на лыжах. Все зависит от подхода: еще пару лет назад врачей в районе не хватало, все поуходили на пенсию, моя предшественница

до 73 лет работала. А сейчас у нас полный штат - 3 молодых врача на 7000 населения. И всех мы привлекли по программам: Маша пришла по новой федеральной, а два других доктора - по областной, так что завидовать им друг другу нечего.

Дом за работу

Проблемы сельской медицины в регионах еще раньше пытались решать по-своему. В Нижегородской области, к примеру, давно есть программа: машина и дом по месту работы под 10-летний контракт. Во Владимирской - за договор на те же 5 лет молодым врачам тоже помогали с покупкой жилья.

- Мне компенсировали больше половины стоимости большого частного дома здесь же, в Пестенькино. Денег дали меньше, чем Маше, и пришлось взять кредит, но это лучше, чем вечно снимать жилье в городе, - говорит доктор амбулатории Александра Курашова. - Пока я тоже живу в Муроме дому нужен ремонт. Но после работы уже копаю здесь огород и летом планирую с мужем и дочкой переехать.

Доктор-миллионер Мария Владимировна кажется пока слегка ошарашенной своей новой работой. А вот Александра Олеговна в соседнем Пестенькино уже два года и стала заправским земским доктором.

- Это Маше пока не звонят домой, она тут всего месяц. А меня и среди ночи вызывают, и мчишься на своей машине. - Теперь мы с Александрой едем на другой конец района, к простуженной девочке. Там уже побывала фельдшер, но доктор Саша все равно хочет сама проверить пациентку. А по пути увлеченно рассказывает, как вовремя и «голыми руками» диагностировала опухоль печени и как с медсестрами целый день уговаривали душевнобольного пациента с пневмонией встать на рентген. И еще «смешной случай» - как пациентка окрасилась в синий цвет от полинявших дешевых простынь и сама приняла это за гипертонический криз...

По ней видно, что сельским врачом можно стать понастоящему даже при изначальной финансовой мотивации. Ведь в условиях, когда зарплата врача в разы меньше стоимости квадратного метра, подавляющее большинство «земских докторов» пытаются решить прежде всего свою жилищную проблему. Они этого и не скрывают. А дальнейший энтузиазм не ко всем приходит во время работы. Даже «горящая на работе» Александра Олеговна не уверена, что останется в селе после контракта. Совсем не уверена в этом и Мария Владимировна. А их начальница считает, что любые программы - временные меры и что «главное - не воровать».

- Я не знаю, кто из них здесь будет через пять лет, - признает главврач Людмила Белякова. - Для кого работа в селе - призвание, тот пойдет и без миллиона. Я сама отработала 11 лет в городском роддоме, а теперь мне больше нравится в деревне. Потому что здесь ты видишь каждого конкретного пациента и можешь прицельно ему помочь. И еще потому, что эти пациенты, в отличие от городских, все еще верят в отечественную медицину.

Между тем

- За первые четыре месяца 2012 г. из бюджета ФОМС выделено 1863 млн руб. на выплаты 1863 медработникам, переезжающим по контракту в сельские населенные пункты, уточнили «Собеседнику» в Минздравсоцразвития. По правилам в программе «Земский доктор» могут участвовать врачи до 35 лет, поступающие на работу в село в 2011-2012 гг. Особенность в том, что выплаты предусмотрены лишь при трудоустройстве в учреждения именно сельской местности. К примеру, районные больницы, даже в случае острой нехватки кадров, под эту программу не подпадают. И это чревато.

- Программа однобока, - полагают в Кривошеинской ЦРБ Томской области. - Теперь наши специалисты из-за миллиона разбегаются по сельским медпунктам. Ушли несколько человек, в том числе хирург и кардиолог. К нам же из города не приехал за последний год ни один специалист. Доктор Кашина на селе стала миллионершей, а доктор Курашова переезжает сюда жить.

Собеседник.ru, Москва, Налбандян Лиана (18 мая 2012)

Электронная карта вместо проездного, студенческого полиса... а может и паспорта

Представители правительства Ростовской области рассказали о проекте, который сможет объединить все эти документы в один кусочек пластика. Электронная карта заменит полис обязательного медицинского страхования, студенческий билет и проездной.

Представители правительства Ростовской области рассказали о проекте, который сможет объединить все эти документы в один кусочек пластика.

В нашем городе, как и по всей стране, начинается внедрение электронной карты, которая внешне будет похожа на обычную банковскую. Суть нововведения в том, чтобы избавить людей от хранения огромной кипы бумаг, сосредоточив все данные на небольшом кусочке пластика. Точнее, на карте не будет храниться информации. Она станет своеобразным «ключом», который будет открывать доступ к специальным базам.

- Электронная карта, разработка которой ведется с 2011 года, придет на смену всем социальным картам, которые локально выпускали субъекты. Она заменит полис обязательного медицинского страхования, студенческий билет и проездной, - рассказал на пресс-конференции в Интерфаксе заместитель губернатора Ростовской области Виктор Гончаров. - Проект по внедрению универсальной электронной карты должен вступить в силу на территории всей России с 1 ноября следующего года. Оценив «фору», донские власти решили вводить их постепенно.

Виктор Гончаров добавил, что возможно, в далеком будущем электронная карта станет документом, удостоверяющем личность, то есть сможет заменить паспорт в его привычном виде. Также не исключено, что ее можно будет использовать вместо водительского удостоверения.

 Все мы знаем, какие острые проблемы возникают с управляющими компаниями, которые работают в сфере ЖКХ,
 продолжил заместитель главы региона. - Так вот внедрение электронных карт позволит нам забыть об этих коррупционных моментах раз и навсегда.

Виктор Гончаров объяснил, что на карте будут находиться различные приложения, необходимые жителям. Например, там будет приложение для оплаты коммунальных услуг.

- В рамках пилотного проекта в 2012 году в Ростовской области будет выпущено 200 универсальных электронных карт. Уже с начала следующего года выдача карт будет производиться по заявлениям граждан, а с января 2014 года - всем остальным, - добавил министр информационных технологий и связи Ростовской области Герман Лопаткин. - Универсальная карта будет иметь минимум четыре степени защиты, о которых, я думаю, неуместно рассказывать публично. При этом во время пилотного выпуска технические особенности будут дорабатываться.

Webrostov.ru, Ростов-на-Дону, (23-05-2012)

Россияне тратят \$1 млрд в год на лечение за рубежом, считают эксперты

Закон «Об ОМС» позволяет частным клиникам участвовать и работать в системе обязательного медицинского страхования (ОМС). Однако существующие тарифы не покрывают даже половины себестоимости лечения, заявил на Международной конференции индустрия здравоохранения «Медицина-2012» вице-президент ЗАО «Группа компаний «Медси»» Андрей Ломакин.

Россияне ежегодно тратят порядка одного миллиарда долларов на лечение в зарубежных клиниках, всего около 70 тысяч россиян в год выезжают за границу из-за отсутствия альтернативы в РФ, заявил на Международной конференции индустрия здравоохранения «Медицина-2012» вицепрезидент ЗАО «Группа компаний «Медси»» Андрей Ломакин.

Платежеспособные россияне из-за отсутствия качественной медицинской помощи выбирают лечение и реабилитацию за рубежом, считает Ломакин. «Согласно последним данным Всероссийского конгресса по организации лечения за рубежом, около 1 миллиарда долларов вывозится за границу нашими согражданами на лечение. Уезжает на качественное лечение за рубеж ежегодно порядка 70 тысяч россиян», - сказал он.

Ломакин отметил, что сегодня большинство российских частных клиник занимаются оказанием амбулаторнополиклинической помощи. Поэтому аналитики прогнозируют развитие частными клиниками стационарной помощи, добавил эксперт.

«На сегодняшний день система частной медицинской помощи ежегодно показывает прирост в среднем на 16% и является одной из самых динамично развивающихся отраслей российской экономики», - сказал он.

Ломакин сообщил, что по экспертным данным суммарный объем рынка системы частного здравоохранения в России

составил в 2011 году примерно 535 миллиардов рублей, что выше стоимости всей программы модернизации системы российского здравоохранения, рассчитанной на два года.

По его словам, почти четверть российских частных клиник находятся в Москве. Это объясняется тем, что платежеспособность жителей столицы гораздо выше, чем в регионах. Однако в субъектах также сейчас наблюдается высокий спрос на качественную медицину, заметил Ломакин.

Он отметил, что сегодня почти половина россиян пользуются услугами частной медицины, в то же время в Европе число таких людей достигает 80%. «Поэтому в нашей стране спрос пока опережает предложение», - сказал Ломакин.

Экспертные данные свидетельствуют о том, что порядка 69% населения готовы доплачивать за качественные медицинские услуги. При этом по данным исследования компании «Бизнесстат», около 26% россиян сегодня пользуются услугами «теневой медицины» (то есть дают деньги врачу за свое лечение или покупают подарки), заметил Ломакин.

Он напомнил, что закон «Об ОМС» позволяет частным клиникам участвовать и работать в системе обязательного медицинского страхования (ОМС). Однако существующие тарифы не покрывают даже половины себестоимости лечения, заключил эксперт.

РИА Новости (ria.ru), Москва, (24-05-2012)

Спутниковая навигация в регионах

Южный Урал начинает масштабное внедрение системы ГЛОНАСС (Челябинская ГТРК).

Некоторые результаты реформирования МВД России обсуждались сегодня на «круглом столе» в Туле.

Продолжается модернизация деятельности полиции, технологическое обновление и внедрение современных форм и методов работы. Дальнейшую реализацию получил аппаратно-программный комплекс «Безопасный город», внедрена глобальная навигационная спутниковая система «ГЛОНАСС», мобильный удаленный защищенный доступ, работает «электронное правительство».

Северная Осетия получит дополнительно около 6 млн рублей на модернизацию машин системы здравоохранения «5 млн. 943 тыс. рублей республика дополнительно получит в рамках программы из средств федерального фонда ОМС», - сказал собеседник агентства. По его словам, выделенные денежные средства будут направлены на приобретение оборудования для медицинских автомобилей. В частности, их оснастят бортовыми системами ГЛОНАСС и необходимой медтехникой.

ГЛОНАСС/ГНСС - Форум (aggf.ru), Москва, (24-05-2012)

Айболит прилетел

Пациентов стали доставлять в больницу вертолетом.

На территории красноярской краевой больницы открылась специальная вертолетная площадка. По словам врачей, доставка «вертушкой» прямо до дверей стационара заметно сократит для пациента время в пути и поможет спасти не одну жизнь.

В регионе, протяженность которого с севера на юг составляет три тысячи километров, санитарная авиация порой единственный способ доставить больного из таежной деревушки на операционный стол вовремя.

Раньше пациентов вертолетами или самолетами довозили до аэропорта Черемшанка, что в сорока километрах от города. А затем уже наземным транспортом в краевые лечебные учреждения. В прошлом году региональные власти открыли вертолетную площадку практически в центре Красноярска, на острове Татышев. Но до конца проблему это не решило - с острова до клиники «скорой» все равно приходилось «мчаться» по пробкам.

По словам министра здравоохранения Красноярского края Вадима Янина, было принято решение найти место и разместить посадочную площадку непосредственно на территории самой краевой клинической больницы.

- Теперь небольшие вертолеты смогут садиться прямо около главного корпуса, и больного останется только доставить в приемный покой. После того как в больнице пройдет капитальный ремонт, приемное отделение перенесут непосредственно к площадке, «дверь в дверь», - отметил министр.

Как говорит главврач клиники Егор Корчагин, это позволит сократить время доставки больных. Например, теперь, чтобы перевезти вертолетом пациента из расположенной в 70 километрах от краевого центра Сухобузимской районной больницы, понадобится всего 15 минут.

Российская газета, Москва, Надежда Столярчук (25-05-2012)

Кремлевка без секретов

Свое первое интервью новый главврач Кремлевской больницы дал «Российской газете».

Два месяца назад ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами президента РФ возглавил заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор Николай Витько. Свое первое интервью в этой должности Николай Константинович дал «РГ».

Помните, слоган о кремлевской больнице? «Полы паркетные, врачи анкетные». Анкета у моего собеседника правильная, позволяющая занять руководящий кабинет Кремлевки. И все-таки...

Николай Константинович, как вы попали на столь высокий пост?

НИКОЛАЙ ВИТЬКО: Еще в Волынской больнице прошел, можно сказать, через весь должностной коридор, прежде чем возглавил ее. Там в свое время удалось создать, без преувеличения, уникальное отделение лучевой диагностики. Оно было и уникальным, и первым в системе Главного медицинского управления. Позитронно-эмиссионная томография была не только внедрена, но и поставлена на поток. Создана нейрохирургическая служба. Это я к тому, что удалось Волынскую больницу сделать больницей высоких технологий.

А теперь хотите сделать таким учреждением и ЦКБ? **НИКОЛАЙ ВИТЬКО:** Честно? Хочу! Тем более что для этого есть все предпосылки.

Волынской отдано 13 лет. Уходили с легким сердцем? НИКОЛАЙ ВИТЬКО: Очень тяжело уходил.

А в ЦКБ немало проблем. Паркетные полы в некоторых подразделениях довольно изношены. Три корпуса требуют серьезного ремонта, даже реконструкции... Вы сразу согласились на переход в ЦКБ?

НИКОЛАЙ ВИТЬКО: Не сразу. Понимал, какой объем работы, какая ответственность. 1200 коек, 11 корпусов, расположенных на огромной в 180 гектаров территории. 50 отделений, каждое из которых возглавляет известный в своей области профессор.

Вам ваша работа приносит удовольствие?

николай витько: Огромное!

Кремлевка, кремлевская медицина. У одних эти понятия вызывают восторженное уважение, у других - зависть, у третьих - иронию. А у кого-то и явную неприязнь. Академик Евгений Чазов, который долгие годы возглавлял Четвертое Главное управление, то есть по сути был хозяином всей кремлевской медицины, всегда подчеркивает, что здесь была создана почти идеальная модель медицинской помощи. И это признавал мир. Когда во времена президентства Клинтона в США вознамеривались провести реформу службы здоровья, ориентировались на модель Кремлевки. В 70-80 годы прошлого столетия это признала ВОЗ. А что для вас в этом понятии «кремлевская медицина»?

НИКОЛАЙ ВИТЬКО: Это своеобразный город здоровья, в котором практически есть все для современной диагностики, лечения, ранней реабилитации. ЦКБ - учреждение многопрофильное. 50 клинических отделений, 20 диагностических, 7 лабораторий. Пожалуй, не назову ни одного заболевания, которое здесь нельзя было бы диагностировать, лечить. Здесь была, и удалось сохранить, преемственность в диагностике, лечении от поликлиники до стационара.

Кремлевка - это высочайший уровень профилактической медицины, проведения диспансеризации, восстановительного лечения. Лучшее оборудование. А главное, отменные кадры. И дело не только в том, что каждое отделение, как я уже сказал, возглавляет профессор, доктор медицинских наук. А в том, что большинство сотрудников обладают и высокой квалификацией, и культурой общения с пациентами, с их родственниками.

Поясните, что имеете в виду под ранней реабилитацией. Не преувеличиваете ли значение культуры общения с пациентами и родственниками? **НИКОЛАЙ ВИТЬКО:** Можно отвечу по порядку? В ЦКБ большой коллектив - почти 4 тысячи сотрудников. Потому первостепенное значение имеет работа с кадрами. Очень важно сохранить, сберечь основной кадровый потенциал. И создать обстановку, в которой негатив в отношении к пациентам и его родственникам будет изжит.

Кстати, Кремлевка, да и другие «закрытые» медицинские учреждения всегда отличались почтительным отношением к пациентам, внимательностью к ним, умением выслушать все жалобы, ответить на все, порой неуместные вопросы. Известно же, что пациенты куда чаще жалуются именно на невнимание, на грубость, на равнодушие медиков, нежели на саму медицинскую помощь...

НИКОЛАЙ ВИТЬКО: Это объяснимо. Более того, считаю, что умение общаться с пациентами, их родственниками - составная часть самой медицинской помощи. И успех лечения во многом от этого зависит. В ЦКБ умению общаться всегда было большое внимание. Ведь у нас есть подразделение, предназначенное исключительно для обследования и лечения руководства страны. Отвечу и на вопрос о ранней реабилитации. Имеются в виду первые несколько недель после перенесенного, например, инсульта, инфаркта, язвенной болезни, травмы, хирургической операции. Но при всем при этом средний срок пребывания пациента в стационаре - десять дней.

А как объяснить, что нередко информация о пациентах, проходящих у вас лечение, придается огласке в СМИ. Ведь попасть на территорию ЦКБ, уж не говорю о стационарных палатах, просто с улицы невозможно. И между тем... Сообщается не просто о том, что, скажем, звезда шоу-бизнеса или телевидения родила ребенка, но и о том, что младенец появился на свет с помощью кесарева сечения. Как подобное происходит?

НИКОЛАЙ ВИТЬКО: То, что это сущее безобразие, и говорить не приходится. Недаром же есть такое понятие, как врачебная тайна. Ее категорически нельзя нарушать. Даже адвокату пациента без разрешения самого больного мы не имеем права давать какую-либо информацию, касающуюся заболевания. Почему же такое происходит? Прежде всего это вина самих сотрудников СМИ. Как с этим бороться? Вижу один только способ - исключить спрос на подобную информацию.

Когда-то Кремлевка не знала дефицита финансирования, не оглядывалась на затраты, не ведала отказов. Пришли иные времена...

НИКОЛАЙ ВИТЬКО: И мы должны уметь зарабатывать деньги. Через добровольное медицинское страхование, страховые компании. Среди тех, кто лечится у нас за деньги, 80 процентов это те, у кого есть полис добровольного медицинского страхования.

Отношение к таким пациентам на том же уровне, как к тем, кто из вашего ведомства?

НИКОЛАЙ ВИТЬКО: Различий не делаем. Ведь мы заинтересованы, чтобы страховые компании направляли к нам больных. Отрадно, что за последний месяц число таких пациентов стало вдвое больше.

А приемные отделения выдержат нагрузку? Вы же и «на скорую помощь» работаете.

НИКОЛАЙ ВИТЬКО: Выдержат. Каждый день мы принимаем от 100 до 200 пациентов и столько же выписываем. До 60 процентов больных поступают по «скорой помощи». В среднем пациент находится в приемном отделении не более 15 минут.

ЦИФРА

15 МИНУТ

Столько в среднем находится пациент в приемном отделении знаменитой Кремлевки.

АКЦЕНТ

Ныне Кремлевка не закрытое лечебное учреждение, доступное только прикрепленному высокопоставленному контингенту из руководства страны. Теперь это привилегированное учреждение стало открытым. Николай Константинович, вот я не член правительства, не из коридоров власти. Но уменя масса болячек. И я хочу лечиться именно в ЦКБ...

НИКОЛАЙ ВИТЬКО: Такое возможно на платной основе по договору, заключенному с пациентом. Но в основном это владельцы полиса добровольного медицинского страхования.

А квоты для лечения в Кремлевке предусмотрены?

НИКОЛАЙ ВИТЬКО: К великому сожалению, нет. Хотя совершенно очевидно: у нас есть все возможности оказания высокотехнологичной медицинской помощи. И условия пребывания достаточно комфортны. Но мы относимся к так называемым ведомственным учреждениям. А квоты положены только федеральным центрам, тем, кто работает в системе РАМН, минздравсоцразвития. Убежден, это недоразумение: многие пациенты были бы рады обзавестись квотой на лечение в ЦКБ.

На Ваш взгляд, пациенту следует давать информацию о предстоящих исследованиях, методах лечения и так далее. Или пусть он остается в неведении...

НИКОЛАЙ ВИТЬКО: Я не зря говорю о культуре общения с пациентом. Тут много разных нюансов. Требуется особая деликатность, особый такт. Современный пациент, как правило, хорошо информирован из различных широко доступных источников, в том числе из Интернета. Задача врача сделать пациента своим соратником в борьбе с недугом.

В последнее время особую популярность обрел ваш родильный дом...

НИКОЛАЙ ВИТЬКО: Это наша жемчужина, наша гордость. В прошлом году в нем родилось более 1000 малышей. Таких родильных домов в России найти непросто. И по оборудованию, и по комфорту. И главное - в нем специалисты экстракласса.

В ЦКБ работать тяжелее, чем в обычном лечебном учреждении?

НИКОЛАЙ ВИТЬКО: Думаю, что тяжелее: все-таки груз ответственности иной. Не каждый в состоянии с этим справиться. Нужен характер.

И соответствующие анкетные данные?...

НИКОЛАЙ ВИТЬКО: Эти данные имеют отношение только к деловым, человеческим факторам. Главное, чтобы специалист следовал девизу ЦКБ: «Ценим каждого больного».

ИЗ АНКЕТЫ

Николай Витько в 1991 году окончил с красным дипломом Военно-медицинскую ордена Ленина Краснознаменную академию имени С.М. Кирова, продолжив дело отца - военврача. До прихода в ЦКБ 13 лет работал в Волынской больнице Управления делами президента РФ. В том числе три года - в должности главного врача. В марте нынешнего года возглавил ЦКБ.

Российская газета, Москва, Ирина Краснопольская (25-05-2012)

Оказание медицинских услуг в Якутске выходит на новый уровень

В Якутске с начала марта текущего года работает Единый информационно-диспетчерский центр (ЕИДЦ) по внедрению новых форм оказания услуг в сфере здравоохранения, в том числе по повышению качества и доступности предоставляемых услуг.

С работой нового Центра по оказанию государственных муниципальных услуг ознакомился заместитель председателя правительства РС (Я) Александр Борисов.

В настоящее время центр оперативно обрабатывает входящие звонки от пациентов, регистрирует в диспетчерских компьютерных программах и передает данные медицинским организациям города. Работники центра информируют население о расписании работы врачей, о прикреплении к поликлиникам по месту жительства. Со дня открытия центра количество звонков, поступающих от населения, увеличилось с 20 до 360 раз в день, сообщает Департамент по связям с общественностью, взаимодействию со СМИ, внешним и межрегиональным связям ОА.

Александр Ильич отметил, что возможно улучшить доступность и качество предоставляемых медицинских услуг даже при существующих ресурсах, используя инструменты информатизации.

Благодаря внедрению новых технологий в сфере здравоохранения, теперь жители города Якутска могут записываться на прием к врачу не только через регистратуру своей поликлиники, но и по многоканальному телефону. Чтобы воспользоваться услугами ЕИДЦ, необходимо иметь полис ОМС и состоять в базе учета пациентов городских поликлиник.

Якутия 24 (yakutia24.ru), Якутск, (27-05-2012)

Добровольный рост

Среди наиболее значимых для всего страхового сообщества прошлогодних событий эксперт Дмитрий Ионов отметил вступление в силу Федерального закона № 326 «Об обязательном медицинском страховании в РФ» от 29 ноября 2010 г. «Надо признать, что новый закон об ОМС сильно по-

менял ранее действующую систему ОМС, и на сегодняшний день для государства основной социально важной задачей является отлаживание новой модели ОМС, а уже потом выстраивание отношений с ДМС», - констатирует эксперт.

Сборы по ДМС приближаются к отметке 100 млрд руб.

По итогам прошлого года объем рынка добровольного медицинского страхования (ДМС) вырос на 16%, составив 95 млрд руб. (в 2010 г. 82 млрд руб.). При этом на долю ДМС в последние годы приходится в среднем 14,5% от всего страхового рынка России. Согласно прогнозу страховых аналитиков, сборы по ДМС могут достигнуть к концу этого года 100,3 млрд руб.

Как отмечает заместитель директора департамента корпоративных продаж OAO «СГ «МСК» Дмитрий Ионов, рынок ДМС еще в 2011 г. вступил в фазу стабильного роста.

Основным условием положительной динамики развития ДМС, по его мнению, является улучшение макроэкономической ситуации в стране, позволившее предприятиям вернуться к социальным программам, замороженным в острый период кризиса. Как результат, в страховой группе «МСК», к примеру, увеличение сборов по ДМС с января по апрель 2012 г. по отношению к показателям 2011 г. составило 115%. «Руководители и собственники предприятий возобновили страхование сотрудников по ДМС, которое является важной составляющей социального пакета и формирования лояльности персонала», - поясняет эксперт.

«Итоги минувшего года впервые после кризиса можно назвать действительно успешными для всей страховой отрасли, - добавляет исполнительный вице-президент группы «Ренессанс страхование» Наталья Карпова. - Тенденция роста характерна практически для всех сегментов страхования, в том числе, для ДМС, которое по итогам года показало 16-процентное увеличение объемов собранных премий». Согласна она с коллегой и в том, что это было обусловлено возвращением конкуренции соцпакетов на рынке труда.

«Улучшение финансовых показателей международных компаний, которые формируют 80% нашего портфеля по ДМС, позволили руководству включать расширенные программы ДМС в соцпакеты своих сотрудников и их семей, - говорит Наталья Карпова. Показатели I квартала - плюс 25% в нашей компании - дают основания надеяться на продолжение позитивной динамики роста».

Аналогичная ситуация и в страховой компании «Согласие». По словам заместителя директора дирекции медицинского страхования СК Татьяны Могилевской, по сравнению с I кварталом 2011 г. объем страховых премий по ДМС в «Согласии» увеличился на 40%. При этом она подчеркивает, что в СК ежегодно отмечается средний рост портфеля ДМС на уровне 12-15%. Рассчитывают в «Согласии» и на прирост портфеля ДМС по итогам года - примерно в 1,5 раза. При этом, как рассказала «Ко» Наталья Карпова, одной из основных тенденций нынешнего рынка стало усиление концентрации и соответственно конкуренции в сегменте ДМС. По итогам прошлого года на долю Тор-20 лидеров страхового рынка пришлось почти 80% всех премий по ДМС.

При этом убыточность этого вида страхования увеличи-

вается, в том числе, за счет повышения цен на услуги лечебных учреждений. Кроме того, доля розничного страхования продолжает снижаться. Сейчас отечественный рынок ДМС носит корпоративный характер, а сегмент частных клиентов составляет не более 5%.

Свое видение ключевых тенденций есть и у Татьяны Могилевской.

Во-первых, она отмечает высокий уровень заинтересованности и осведомленности россиян в страховании.

«Если несколько лет назад мы говорили о недостаточном страховом образовании общества, то сейчас наши клиенты не хуже страховщиков разбираются в особенностях и тонкостях ДМС, - подчеркивает Татьяна Могилевская. - Такая ситуация только способствует постоянному развитию и обновлению страховой компании и совершенствованию взаимоотношений с клиентами». Вторым трендом рынка она называет изменение качественного наполнения принимаемых на страхование рисков. «Появился спрос на многопрофильные программы добровольного медицинского страхования, включающие не только необходимые виды медицинских услуг, но и высокотехнологичные и сложные медицинские манипуляции, лечение в высокопрофессиональных клиниках», - отмечает эксперт. Также, по ее словам, несколько состоявшихся громких судебных процессов (страховые компании против лечебных учреждений) изменили отношение медицинских организаций к страховщикам, что проявляется в более качественных и обдуманных взаимоотношениях с последними. Эксперт предполагает, что это, возможно, первые шаги к ликвидации монополии существующих провайдеров медуслуг.

А вот среди наиболее значимых для всего страхового сообщества прошлогодних событий Дмитрий Ионов отметил вступление в силу Федерального закона № 326 «Об обязательном медицинском страховании в РФ» от 29 ноября 2010 года. «Надо признать, что новый закон об ОМС сильно поменял ранее действующую систему ОМС, и на сегодняшний день для государства основной социально важной задачей является отлаживание новой модели ОМС, а уже потом выстраивание отношений с ДМС», - констатирует эксперт. Хотя изначально страховщики, работающие в сегменте ДМС, были как раз настроены на создание совместного продукта с ОМС. Однако в ближайшее время реформа ОМС все же не окажет существенного влияния на развитие ДМС, и эти два вида страхования будут сосуществовать в параллельных плоскостях.

«Пока не появятся общие программы и продукты ДМС и ОМС, какого-либо серьезного прорыва в этой области ждать не приходится, — дополняет коллегу Наталья Карпова. - Только синергия этих двух систем приведет к оптимизации денежных расходов государства, повышению качества оказываемых услуг и реальному улучшению здоровья наших граждан».

Вместе с тем, Татьяна Могилевская считает, что принятые законы об ОМС и «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» в любом случае внесли определенную ясность и понимание в перспективу развития ДМС на ближайшие

годы. «Если у страховщиков были определенные опасения по поводу будущего ДМС, то сейчас понятно, что квалифицированную и, главное, своевременную медицинскую помощь можно будет получать только в рамках ДМС», - поясняет она.

«Новый закон об ОМС, пришедший на смену закону «О медицинском страховании граждан в РФ», в принципе, не рассматривает вопросы, связанные с добровольным медицинским страхованием, - продолжает тему Наталья Карпова. - Однако не стоит забывать, что наличие страховки – это эффективный способ сокращения расходов, связанных с отсутствием людей на работе по болезням. Жесткий контроль со стороны страховых компаний за медицинскими учреждениями исключает выдачу липовых больничных, беспричинное продление листов нетрудоспособности, назначение лишних и необоснованных процедур». Кроме того, в прошлом году, по словам Натальи Карповой, ужесточились требования и в самой системе ДМС. В связи с отменой закона о медицинском страховании и внесением изменений в закон № 152-ФЗ «О персональных данных» страховым компаниям теперь необходимо иметь согласие от каждого клиента на получение и передачу сведений, составляющих врачебную тайну. Без этого страховщик не сможет предоставлять свои услуги: записывать в поликлиники, организовывать вызов врача на дом, вызов «Скорой помощи» и госпитализацию, а также проводить контроль качества медицинских услуг.

Мы попросили наших экспертов дать прогноз по развитию рынка ДМС в среднесрочной перспективе.

«Востребованность в ДМС сохранится всегда, потому что это продукт страховой защиты - реальная возможность получения квалифицированной медицинской помощи, – уверяет нас Татьяна Могилевская. Страховые компании обладают не только информацией и технологией предоставления медицинских услуг, но и реальным контролем качества и сроков их предоставления».

«За последние шесть лет ДМС стало неотъемлемой частью соцпакета, поэтому при сохранении стабильности экономической конъюнктуры рост объема страховых премий в этом сегменте продолжится и достигнет 10-15% по итогам года», - предполагает Наталья Карпова.

В свою очередь Дмитрий Ионов не связывает рост рынка ДМС с увеличением спроса на добровольное медицинское страхование со стороны новых клиентов. «Увеличению сборов премий в основном будет способствовать повышение тарифов страховщиками в связи с ростом цен на услуги лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), считает эксперт. - При этом о существенном притоке новых корпоративных клиентов говорить не приходится».

Какие же факторы могут положительно повлиять на развитие рынка ДМС в будущем?

По мнению Татьяны Могилевской, способствовать этому будут: разделение программ ОМС и ДМС, что позволит четко определить объем медуслуг по программам ДМС и уменьшить стоимость страхования; появление большего числа медицинских учреждений, оснащенных новейшей аппара-

турой, использующих современные технологии, с профессионально подготовленными врачами, а не медицинскими менеджерами для формирования реальной конкуренции на рынке медуслуг; внесение изменений в налоговые льготы. Для физических лиц эксперт предлагает увеличить социальный налоговый вычет с суммы 50 000 до 100 000 руб., а для юридических лиц не ограничивать размер взносов по договорам добровольного личного страхования, предусматривающим оплату страховщиками медицинских расходов застрахованных работников. Также предлагается разрешить организациям на одинаковых условиях заключать договоры ДМС как на сотрудников, так и на членов их семей.

Дмитрию Ионову на первое место среди факторов, способствующих развитию рынка ДМС, хотелось бы поставить ресурсы и организацию работы медицинских учреждений. Как отмечают аналитики рынка, непрозрачность и недобросовестность многих медучреждений связаны с низкой конкуренцией на рынке ЛПУ.

Налицо нехватка современных, технически оснащенных клиник. Их дефицит препятствует развитию ДМС в России. Без формирования масштабного цивилизованного рынка услуг лечебных учреждений полноценное развитие ДМС невозможно.

Следующий фактор, способный положительно повлиять на развитие ДМС, по словам Дмитрия Ионова, - добросовестность работы страховщиков.

«Если удастся отрегулировать и поставить на контроль ценообразование страховых программ, клиенты смогут выбирать качественные продукты, а не попадать в пикантные ситуации, когда страховщики, победив по демпинговым ценам, начинают ограничивать застрахованных в получении медицинских услуг по ДМС», - резюмирует эксперт.

По итогам прошлого года объем рынка ДМС вырос на 16%, составив 95 млрд руб.

Наталья Карпова, исполнительный вицепрезидент группы «Ренессанс страхование»: «Наша группа предлагает в первую очередь сервис как в обслуживании самих клиентов, так и при взаимодействии с партнерами. В сотрудничестве с корпоративными клиентами мы применяем западную технологию health management, то есть управление здоровьем персонала через институт врачей-кураторов (или личных врачей), координирующих оказание медицинской помощи сотрудникам компаний-клиентов. Такой подход повышает медицинскую эффективность ДМС, снижает заболеваемость персонала и улучшает бизнес-результаты компаний. При этом большинство наших клиентов отдает предпочтение защите от всех рисков, выбирая амбулаторнополиклиническую помощь, плановую и экстренную госпитализации, стоматологию, вызов врача на дом, прием узких специалистов, диагностику и другие услуги. Кроме того, мы предлагаем индивидуальные программы с ориентацией на профилактику и предотвращение возможных заболеваний. При этом основными принципами нашей работы остаются рациональное формирование страховых программ, дифференциация пакетов по разным категориям сотрудников,

ответственный выбор страховых партнеров, которые могут обеспечить хорошую сервисную поддержку клиента».

Татьяна Могилевская, заместитель директора дирекции медицинского страхования СК «Согласие»: «В этом году заметно увеличился спрос на ДМС в корпоративном секторе.

Поэтому мы не ожидаем, а практически видим возросший интерес к добровольному медицинскому страхованию. С нашей точки зрения это подтверждение окончательного выхода из кризиса 2008 г., когда организации экономили на всем, включая и социальный пакет для сотрудников, уменьшали объемы программ страхования, исключали различные опции. Добровольное медицинское страхование в нашей стране существует уже около двадцати лет. За этот период страховые компании использовали различные способы продвижения страхового продукта на рынок. Мы также нашли свой путь в реализации ДМС, который заключается в индивидуальном подходе к каждому корпоративному клиенту. Клиентоориентированность наших программ позволяет учесть и реализовать на самом высоком уровне любую потребность страхователя в области ДМС, начиная от выбора медицинских учреждений и заканчивая территорией предоставления медицинских услуг».

> Компания, Москва, (28-05-2012)

Минздрав будет лечить страховкой и бюджетом

Минздрав займется образованием, кадрами и инновациями. Новый министр здравоохранения Вероника Скворцова расставила ведомству приоритеты.

Министр Вероника Скворцова вчера впервые изложила свое видение задач, стоящих перед Минздравом. Цель, которую новый министр поставила министерству, - переосмыслить главные медицинские законы, принятые бывшим Минздравсоцразвития в 2010-2011 годах, но довести до конца намеченные планы своей предшественницы Татьяны Голиковой. В ближайшие месяцы ведомство займется медицинской стандартизацией, введением лекарственного страхования в рамках ОМС и модернизацией здравоохранения.

Министр здравоохранения Вероника Скворцова вчера представила основные направления работы Минздрава. Поскольку ранее госпожа Скворцова занимала должность заместителя главы Минздравсоцразвития, вчера она особо подчеркивала преемственность после разделения ведомства на Минздрав и Минтруд (Татьяна Голикова, ранее возглавлявшая Минздравсоцразвития, сейчас работает помощником президента). Команда нового министерства пока не сформирована, но, по словам Вероники Скворцовой, большая часть сотрудников останется, хотя и «не все, а наиболее эффективные» - министерство ждет «жесткий отбор» в течение двухтрех недель. Впрочем, понимание структуры нового «страте-

гического ведомства», отвечающего за здоровье населения, и того, чем Минздрав будет теперь заниматься, у министра уже есть.

Большинство медицинских задач в нем будут распределены по профильным департаментам.

Так, отдельный департамент будет заниматься модернизацией здравоохранения (напомним, на эти цели было выделено 460 млрд руб. на два года), развитием первичной медико-санитарной и скорой помощи - он проведет ревизию всех модернизационных программ и «проверит каждый регион, для того чтобы их эффективно закончить». Сохранится департамент, ответственный за специализированную помощь, включая высокотехнологичную, но в сферу его ответственности войдут и вся методология стандартизации в здравоохранении, порядки и стандарты, клинические протоколы, медуслуги и расчеты их стоимости. Напомним, с 2013 года будут поэтапно вводиться обязательные порядки оказания медпомощи на всей территории РФ. До сентября они будут отсмотрены и откорректированы вместе с медицинским сообществом, пообещала госпожа Скворцова. В течение двух месяцев будет предложен план пошагового внедрения стандартов оказания медпомощи, начиная с наиболее социально значимых заболеваний - к 2015 году они должны быть финансово обеспечены (в том числе за счет введения с 2013 года одноканального финансирования). Вопрос же лекарственного страхования, решение которого ждут практически все, будет решен не раньше 2016 года. До конца 2012 года Минздрав намерен принять концепцию лекарственного страхования, в 2014 году запустить пилотные проекты в регионах, а при успешной реализации такие программы будут запущены по всей стране, пообещала министр.

Глава Минздрава пообещала сделать ведомство более открытым. Информатизацией системы здравоохранения будет заниматься отдельный департамент. Еще один акцент в своей деятельности Минздрав намерен делать на образовании медиков и кадрах, а также на развитии науки. В ближайших планах Минздрава - обновление всех образовательных программ медвузов и дополнительного профессионального образования и переквалификация преподавателей. «Тот скрининг, который мы успели провести, показал, что большое количество программ не соответствует знаниям сегодняшнего дня», - заявила министр: до 30% выпускников медицинских вузов не идет работать по специальности при огромном дефиците кадров. Как подчеркнула госпожа Скворцова, будет увеличена служба, связанная с инновационным развитием здравоохранения, науки и биомедицины, в которых Минздрав намерен «через три-пять лет получить прорывные результаты».

Отдельные департаменты будут курировать вопросы материнства и детства, а также санитарно-эпидемиологического благополучия и «очень значимый» вопрос профилактики. Ядром создания «глобальной профилактической среды» станет медицинская профилактика - 30% времени врачи первичного звена, чьи обязанности будут пересмотрены, должны будут уделять предупреждению заболеваний. Еще два депар-

тамента займутся медицинским и лекарственным обеспечением и обеспечением медицинскими изделиями.

Затронула вчера госпожа Скворцова и один из самых сложных вопросов здравоохранения - финансирование, в котором приоритеты мягко поменяются местами. «Несмотря на уже выписанную систему (речь идет о принятии главных законов, по которым уже живет медицинская отрасль, - «Об ОМС» и «Об основах охраны здоровья граждан». - «Ъ»), мы должны подойти к 2015 году к страховой бюджетной системе», - заявила госпожа Скворцова, пояснив, что речь идет о «в основном о страховой системе с сохранением бюджетного компонента». По ее словам, Минздрав начинает консультации с Минэкономики и Минфином. Отметим, что ранее в интервью «Ъ» Татьяна Голикова заявляла о том, что здравоохранение будет развиваться по «бюджетно-страховой» модели.

Коммерсант, Москва, Дарья Николаева (29-05-2012)

Минздраву будет трудно внести антитабачный закнопроект без его доработки

Минздрав не сможет повторно внести в правительство возвращенный властями антитабачный законопроект без существенной доработки его положений, считают опрошенные агентством «Прайм» эксперты.

Законопроект был внесен Минздравсоцразвития в правительство РФ 20 мая - за день до расформирования министерства на два отдельных ведомства - и стал, таким образом, его последней громкой законодательной инициативой. Однако уже в понедельник глава Минздрава Вероника Скворцова сообщила журналистам, что правительство вернуло законопроект. Как заявила первый зампред комитета Госдумы по охране здоровья Татьяна Яковлева (ЕР), антитабачный законопроект был возвращен в Минздрав исключительно по техническим причинам - из-за неправильного оформления пакета документов, а не из-за претензий к содержанию. Тем не менее эксперты считают, что поспешно внесенный в правительство антитабачный законопроект не избежит изменений в ключевых положениях.

Документ предусматривает запрет на курение в большинстве общественных мест, в том числе в общих помещениях жилых домов, на транспортных объектах (в частности в поездах дальнего следования, у входа на вокзалы), на рынках, в местах общественного питания.

Законопроект предусматривает установление минимальных розничных цен на табачную продукцию. Сигареты и другие табачные изделия запретят продавать в киосках и ларьках. Их можно будет купить только в магазинах, торговая площадь которых превышает 50 квадратных метров (25 метров для сельской местности). При этом в магазинах открытая выкладка сигарет будет запрещена, покупателям нужно будет обращаться к продавцу за прейскурантом.

ДЕЛО НЕ В ФОРМАЛЬНОСТЯХ

«Мы не знаем, с какой формулировкой правительство вернуло законопроект на доработку, но хорошо известно, что в отличие от всех остальных нормативно-правовых актов этот законопроект не прошел оценку регулирующего воздействия, которая должна производиться в публичном режиме. Теперь же, вполне возможно, замечания, высказываемые еще с прошлой осени, придется учесть, и это займет достаточно много времени, учитывая их количество», - сообщил агентству «Прайм» генеральный директор отраслевой ассоциации «Табакпром» Вадим Желнин. Он напомнил, что в первую очередь нарекания вызывают предложения ввести в оборот табачных изделию систему, подобную ЕГАИС, и минимальные цены вне рамок акцизов, создающие нерыночные ситуации на рынке, а также запрет на реализацию сигарет в небольших магазинах вкупе с запретом выкладки.

«Стоит полагать, что документ вернули не для исправления формальностей, а для реальной переработки», считает руководитель информационно-аналитического агентства «Русский Табак» Максим Королев, добавив, что этого добиваются многие представители как табачной индустрии, так и торговли, а также некоторые ведомства, недовольные предлагаемым запретом на выкладку продукции в местах продаж, минимальными ценами и ограничениями, накладываемыми на магазины исходя из их площади.

Он отметил, что то, как была проведена процедура внесения проекта в правительства, свидетельствует об определенной небрежности Минздрава в отношении данного законопроекта. «Запрет выкладки на витрину - это радикальное изменение всего рынка одновременно с непонятными последствиями, сейчас этого почти нигде в мире нет или прошли только первые годы, как, например, в Канаде. Это очень сложно согласовать с экономическими министерствами, оценивающими риски, но в Минздраве все равно настаивают на своем, игнорируя чужие отзывы и мнения», - сказал Королев, добавляя, что если ведомство решило внести законопроект «напоследок», то при новом руководстве судьба законопроекта может сложится иначе. «Может быть, цель была не в том, чтобы действительно этот законопроект был принят, а в том, чтобы его внести и тем самым отметиться, саботируя тем самым весь процесс, так чтобы он не прекращался», - сообщил Королев.

Как сообщил агентству «Прайм» источник на рынке табачных изделий, Минздравсоцразвития на этапе подготовки документа столкнулся со сложностями в согласовании законопроекта с Минфином, Минэкономразвития, Минпромторгом, Минсельхозом и Минкультом. «Минкульт был несогласен с тем, что Минздрав собирается полностью запретить табачным компаниям поддерживать культурные мероприятия и отдельные институции, например, Большой театр, Эрмитаж, музеи в рамках корпоративной филантропии, что совсем не тождественно спонсорству и не продвижение брендов», - уточнил собеседник агентства, напомнив, что в свою очередь Минэкономразвития не успело провести

оценку регулирующего воздействия до того момента, как Минздрав внес проект в правительство, также не была проведена антикоррупционная экспертиза.

«Словом, закон пытались внести любой ценой», - сказал он, добавив, что совершенно неясны слова министра о судьбе малого и среднего табачного бизнеса. В понедельник Скворцова сказала, что малый и средний табачный бизнес в РФ в будущем должен исчезнуть. «В России нет малого и среднего табачного бизнеса, производством сигарет занимаются исключительно крупные компании, а что касается малых и средних розничных продавцов, то они занимаются реализацией не только и не столько табачных изделий, но и множества других продуктов, поэтому их нельзя называть табачным бизнесом», - сказал источник агентства «Прайм».

КОМПАНИИ ВСЕ ЖЕ ПОВЛИЯЛИ

Иного мнения придерживается председатель правления Международной конфедерации обществ потребителей (КонфОП) Дмитрий Янин: «Закон не согласовали British American Tobacco, Japan Tobacco International и Philip Morris, вложив свои аргументы в уста Минэкономразвития, Минпромторга и Минсельхоза. У нас есть документальные подтверждения прямого вмешательства табачных компаний в процесс нормотворчества в России», сказал он. Янин выразил надежду, что возобладает та часть правительства, которая придерживается антитабачной концепции, написанной в 2010 году тогда еще премьер-министром Владимиром Путиным, с которой и совпадает законопроект Минздрава.

«У общества будет возможность сверить версии ту, которую экс-министр Татьяна Голикова внесла в последний день своей работы, с той, которую теперь будет вносить Минздрав, и мы поймем, что если закон будет ровно такой же, то отказ был техническим, а если устранят положения, то отклонение было политическим, все будет проверено очень быстро», - сказал он, напомнив, что предельный срок рассмотрения законопроекта правительством назначен до 1 ноября текущего года. «Все корректировки нужны табачным компаниям, чтобы сохранить второй по величине рынок в мире. Если дать им исправить законопроект, то там останется только запрет на курение в детских садах», - подчеркнул Янин.

«Есть надежда, что новое правительство стремится работать на качественном уровне и создать реально действующий закон, который сможет эффективно достичь поставленной Минздравом цели. Совершенно очевидно, что предложенный путь всесторонних запретов является тупиковым и может привести к совершенно противоположным последствиям», - сообщили в свою очередь агентству «Прайм» в пресс-службе Japan Tobacco International.

ПРАЙМ (1prime.ru), Москва, Феликс Сандалов, (29-05-2012)

Для накопления денег нужны стимулы, - Максим Топилин, министр труда и социальной защиты

Кадровая политика Топилина

«Штат увеличивать не будем - он останется тем же в структуре прежних отраслевых департаментов. Ключевых специалистов менять не собираемся. Тем не менее постараемся привлечь и новых».

Министр труда о 25 млн новых рабочих мест, пенсиях для нелегалов и повышении зарплат.

Время встречи с Максимом Топилиным переносилось несколько раз за день. Очутившись в восемь вечера у кабинета, который пару дней назад покинула Татьяна Голикова (вывеску успели снять), обнаружил целую очередь из тихих полусонных чиновников - все ждали возвращения нового шефа. На мой вопрос: «Может, министра и не будет?» - немолодой человек усмехнулся: «Он в аппарате Минздрава был главным трудоголиком. Уезжает домой глубоко за полночь. Будет точно». И правда: спустя примерно час новый министр появился, бодро поздоровался, виновато улыбнулся - и попросил еще подождать. Интервью началось лишь около полуночи, но в голосе Топилина усталости не чувствовалось. На вопросы «Ведомостей» он отвечал лаконично, но по существу.

- После разделения Минздравсоцразвития ваше ведомство называется Министерством труда и социальной защиты. Чем функционально оно будет отличаться от Министерства труда и социального развития, которое существовало до реформы 2004 г.?
- Честно скажу, поначалу разницы в наименовании даже не заметил. Думаю, она и несущественна. В нашей компетенции сегодня находятся вопросы демографии, семейной и детской политики, социального страхования, социальной защиты, вопросы инвалидов, а также занятость, оплата труда, пенсии и госслужба. К тому же после разделения Минздравсоцразвития в наше ведение переходят от Федерального медико-биологического агентства (ФМБА) учреждения медико-социальной экспертизы.
- Всего пару месяцев назад ваша тогдашняя начальница Татьяна Голикова утверждала, что разделение Минздравсоцразвития практически невозможно связи, наработанные за восемь лет с начала реформы, трудно разделить.
- Как вы сами заметили, идея о разделении обсуждалась неоднократно, об этом говорили с момента образования Минздравсоцразвития. Представители Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений (туда входят представители госорганов власти, РСПП со стороны предпринимателей и профсоюзы, представляющие интересы работников. «Ведомости») считают этот шаг повышением статуса вопросов труда и занятости. Я не раз слышал мнение медиков о том, что их проблемы должен решать только выходец из их среды. На практике разделение полномочий между Минздравом и Минтруда и соцзащиты проходит спокойно нет спорных моментов, и мы будем совместно решать вопросы, связанные с демогра-

фией, проблемами инвалидов, охраной здоровья работников на производстве и др.

- Накануне оглашения структуры и состава кабмина политологи высказывали опасения, что нынешнее правительство будет не вполне самостоятельным решения будут приниматься с оглядкой на Кремль. Так ли это, по-вашему? Насколько велика самостоятельность вас как министра в принятии тех или иных решений?
- Все законопроекты, которые выносятся на обсуждение правительства, проходят экспертизу и согласование в аппарате президента, их обязательно проверяет государственное правовое управление - так было всегда. Что же до текущей деятельности - на первом заседании нового состава правительства Дмитрий Анатольевич Медведев просил новичков «особо не раскачиваться» и «вливаться в работу». Сейчас как раз готовится положение о новом министерстве. В ближайшее время нужно отработать все, что касается реализации указов президента. Вектор задан, цели поставлены, причем по многим параметрам определены в перспективе до 2018 г. Уже обсуждали с представителями Минфина, в какие суммы обойдутся новые рабочие места, во сколько - введение пособий, во сколько - рост зарплат работникам бюджетной сферы, а, напомню, поставлена задача увеличить зарплату до 200% от регионального уровня для ряда категорий. В указе президента упоминаются социальные работники, работники дошкольных учреждений, учителя школ, преподаватели учреждений среднего профессионального образования, медицинские работники. При этом необходимо улучшать администрирование: повышение окладов должно сопровождаться ростом производительности труда, повышением квалификации служащих, т. е. должно повыситься и качество предоставляемых услуг.

Понятно, что наша работа будет связана с работой многих министерств и ведомств. К тому же в решении тех или иных проблем мы, как и прежде, будем советоваться с регионами.

- В апреле на итоговой коллегии Минздравсоцразвития в Доме правительства Голикова жестко критиковала некоторые регионы за невыполнение обязательств по переданным полномочиям. На ваш взгляд, насколько передача полномочий от федеральной власти регионам в принципе оправдала себя? Насколько трудно при этом федеральному центру контролировать работу тех или иных программ в регионах?
- Я все время привожу пример: когда в 2006 г. мы готовили передачу службы занятости в регионы, мы опасались, что процессы выйдут из-под нашего управления, что мы не сможем влиять на руководство, что с нашим мнением перестанут считаться и т. д. Теперь понимаю: еще год повремени мы с передачей полномочий регионам и с кризисом мы бы не справились.
 - Почему?
- Было бы сложно быстро и эффективно проводить антикризисную политику в регионах. Федеральные представители власти без поддержки местных властей просто ничего не могли бы сделать. Когда же мы делегировали пол-

- номочия, груз ответственности за эффективную работу тех колоссальных средств, что выделил федеральный центр, лег на плечи губернаторов. На местах порой лучше понимают, кто именно в этих средствах нуждается, какие направления антикризисной политики у них работают эффективнее.
- К слову, о работе в регионах. Насколько комфортно работать с региональными администрациями вам, коренному москвичу? Есть ли какие-то барьеры в общении, трудно ли находить общий язык с представителями местной власти?
- Никогда ничего подобного не ощущал. За время работы я объездил около 70% регионов страны, во многих бывал не один раз. По большому счету не помню каких бы то ни было серьезных разногласий между представителями федеральной и местной власти мы живем в одной стране, у нас есть общие задачи и общие проблемы, мы находим общее понимание, как их решать.
- Раз уж заговорили об антикризисных программах: за три года кризиса из госбюджета на эти цели было потрачено порядка сотни миллиардов рублей. На ваш взгляд, окупились средства?
- Они окупились как вы знаете, социальное напряжение удалось сдержать, и безработица у нас теперь ниже, чем в США и многих европейских странах. Мы за несколько дней мозгового штурма нашли тогда верные направления поддержки занятости.
- Разве те четыре направления организация временных рабочих мест, переподготовка увольняемых, внутренняя миграция и субсидии на самозанятость не были калькой с европейских программ?
- О том, что подобные программы были разработаны и в Европе, мы узнали позже. Я помню, как в конце октября 2008 г. пошли сообщения из регионов: теряя заказы, предприятия по всей России стали ложиться одно за другим как кости домино. Нужно было что-то делать. Времени на раздумья особо не было. Встретились с представителями профсоюзов и бизнеса, после чего в министерстве устроили мозговой штурм просчитывали возможные риски и предлагали решение проблем. Но возникла иная проблема к ноябрю была разработана антикризисная программа, но не было полномочий для ее реализации. Пришлось срочно готовить и проводить через Госдуму соответствующие законопроекты. Спасибо парламентариям, что законы были приняты оперативно.
- Кроме безработицы, по которой Россия действительно сейчас вышла на докризисный уровень, на российском рынке труда остаются такие проблемы, как высокая доля неформального сектора и практически полное отсутствие роста новых высокотехнологичных и высокооплачиваемых рабочих мест. Есть ли у государства возможность изменить ситуацию?
- Создание 25 млн рабочих мест основная задача, которая поставлена сейчас перед экономическими ведомствами. По моему личному мнению, одна из ключевых проблем российского рынка труда низкая производительность труда. Если модернизация заработает на полную мощность, думаю, ее удастся постепенно решить. И решение этой про-

блемы повлечет за собою решение остальных. Кроме того, со стороны государства нужно обеспечить соответствующий инвестиционный климат, решить проблемы администрирования, вопросы таможни и т. д. Если мы сможем расчистить бюрократические барьеры, экономика начнет работать подругому.

- Насколько я понимаю, Министерство труда и соцзащиты продолжит работу над прежними программами Минздравсоцразвития, которые были призваны подстегнуть модернизацию, а именно улучшить качество рабочих мест. Говорю прежде всего о современных профессиональных стандартах, аттестации рабочих мест и системе страхования производственных рисков.
- Да, разумеется. Частично разработаны новые профессиональные стандарты взамен тех квалификационных справочников, которые не обновлялись практически еще с советских времен, но следить за их соблюдением, равно как и за производственными рисками, предстоит прежде всего работодателям.

Что же до страхования производственных рисков, государство может выработать стандарты оценки производственных рисков, с тем чтобы для работодателей появились экономические стимулы сокращать рабочие места с неблагоприятными условиями труда. Правильное решение нужно искать совместно с работодателями и профсоюзами. В этом суть социального партнерства.

- На днях вы подтвердили желание государства снова изменить структуру пенсионных отчислений. Министерство рассматривает возможность перевода накопительной части тарифа пенсионных отчислений (6% от фонда заработной платы) в общую страховую часть. Не опасаетесь, что это подорвет у граждан доверие к пенсионной системе?
- Мы должны сказать себе правду: Пенсионный фонд (ПФР) сегодня дефицитен, при этом инструментов для ликвидации дефицита крайне мало. Только в прошлом году почти триллион рублей из госбюджета пришлось направить на покрытие дефицита бюджета ПФР. Дефицит фонда связан в том числе и с отвлечением 6% на финансирование накопительного компонента. Страховые взносы в накопительную часть пенсии в 2011-2012 гг. составляют около 40% дефицита бюджета ПФР на выплату страховой части трудовых пенсий. К тому же в существующей пенсионной системе есть элемент лукавства - государство якобы предлагает гражданину добровольно пополнять накопительную часть своей пенсии, при этом изымая для этого средства из общих отчислений работодателя. На самом деле ни у кого не спросили, хочет человек копить на пенсию или нет. При любом возможном решении речь не идет о том, чтобы изъять уже накопленные гражданами средства. Необходимо обсуждать этот и другие вопросы системы пенсионного обеспечения с работодателями, работниками, обществом. Мы исходим из убеждения, что пенсионная система должна быть трехуровневая: включать государственную страховую систему, корпоративный компонент и личные накопления. При этом мы понимаем, что для накопления денег у людей должны быть стимулы и желание. Сейчас по России средняя

зарплата составляет примерно 23 000 руб. Какие могут быть стимулы для массового развития накопительной системы при такой зарплате? Нам нужно думать о росте производительности труда, которая обеспечит рост зарплат. Как следствие - возможность и роста пенсионных начислений. Нельзя забывать, что сегодня многие работают нелегально, укрывая доходы от государства, - у них вообще нет никаких пенсионных отчислений. Как государство будет обеспечивать их пенсией в старости? Задача очень сложная.

Комсомольская правда, Москва, Анна Добрюха (29-05-2012)

Новый министр здравоохранения Вероника Скворцова: пациенты должны получать качественную медпомощь вблизи от дома или работы

По словам министра, профилактика заболеваний будет одним из главных направлений работы нового ведомства. «Врачи первичного звена (т. е. поликлиник. - Прим. ред.) должны уделять профилактике, в том числе диспансеризации, не меньше 30 процентов своего рабочего времени», - отметила Вероника Скворцова.

Минздрав будет работать над качеством медуслуг. «Пациенты должны получать качественную медпомощь вблизи от дома или работы», - порадовала министр тех, кто сейчас страдает из-за невозможности прикрепиться к поликлинике по месту работы, имея прописку в другом регионе. Ведомство продолжит разрабатывать медстандарты и порядки лечения заболеваний, в первую очередь самых распространенных социально важных болезней. Вероника Скворцова подчеркнула, что алгоритмы лечения разрабатывают не чиновники, а высококвалифицированные эксперты-медики.

На днях в стране создан, как выразилась министр, «настоящий медицинский мозг».

Это группа из 200 российских ученых.

Они проанализируют основные достижения зарубежной медицинской науки, выяснят, каких современных технологий сейчас нет в России, и определят, над чем предстоит трудиться, чтобы догнать «передовиков» в области медицины.

важно

0 чем еще сказала министр.

Законопроект о защите здоровья населения от последствий курения будет вновь внесен в правительство после доработки, но смысловых изменений в нем не произойдет - будут лишь «соблюдены необходимые технические формальности».

Министерство будет стимулировать внедрение новейших биомедицинских, в том числе клеточных, технологий.

Комсомольская правда, Москва, Анна Добрюха (29-05-2012)

Врача выбирали? Айболит в широком выборе

Поменять поликлинику и врача - теперь дело техники. Сегодня «РГ» публикует документ, который прямо касается каждого россиянина. Это Порядок выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

В документе прописаны все этапы и действия, которые нужно выполнить, чтобы реализовать право на выбор: как именно написать заявление, какую информацию оно должно содержать, какие к нему требуется приложить документы и т.п. Прописаны в документе и действия, которые обязаны предпринять по заявлению медицинские учреждения, а также четкие сроки принятия решения и информирования заявителя о нем. Право выбора предоставляется по закону не только гражданам РФ, но и лицам без гражданства и иностранцам, постоянно или временно проживающим в стране. Условие одно - надо иметь полис обязательного медицинского страхования (ОМС).

Право выбора медицинской организации распространяется и на плановое лечение в стационарах - выбрать можно любой из тех, что участвуют в реализации территориальной программы госгарантий бесплатной медпомощи, а проинформировать пациента о них должен лечащий врач. А при оказании скорой помощи единственным ограничением выбора служит соблюдение установленных сроков ее оказания. То есть выбирать можно лишь из тех больниц, куда «Скорая» обязана доставить вас по нормативам доставки, а не любую из них.

Право выбора лечебного учреждения и врача декларировалось в стране всегда, но в реальности все мы были прикреплены к своей районной поликлинике пожизненно. Все изменилось с принятием нового закона об ОМС, в котором эти права были впервые четко определены. Опасения, что переход из слабых или плохо оборудованных поликлиник в сильные и новые станет массовым, конечно, были, но не оправдались. По данным Межрегионального союза медицинских страховщиков, за 2011 год своим правом на выбор воспользовались не более 7% пациентов поликлиник. Похожую цифру назвали и в департаменте здравоохранения столицы. Здесь число прикрепленных заметнее всего росло в новых районах, когда там вводились в эксплуатацию жилые дома или новые поликлиники. В «старых» поликлиниках переток пациентов был незначительным - все же главным удобством для большинства является их близость к дому, а вовсе не наличие нового оборудования или свежий ремонт. К тому же ограниченность права на выбор признают и сами страховщики - если вы выберете дальнюю от места жительства поликлинику, вызвать из нее врача на дом будет невозможно, придет все равно доктор из ближайшей.

ЦИФРА

7633 РУБЛЯ составляет подушевой норматив финансового обеспечения бесплатной медицинской помощи в 2012 году.

МНЕНИЯ ЭКСПЕРТОВ

Владимир Стародубов, академик Российской академии медицинских наук, вице-президент РАМН:

- Право выбора медицинской организации и врача было закреплено и в прежнем варианте закона о медицинском страховании, но в новом законодательстве впервые прописан механизм его реализации.

Конечно, поначалу пользоваться им будут самые активные граждане, которые хорошо знают врачей своей поликлиники, активно следят за своим здоровьем. Большинство будет присматриваться, но постепенно эта норма станет привычной.

А дальше заработает механизм «подпитки» врача, к которому потянутся пациенты. В тех территориях, где финансирование поликлиник уже сейчас зависит от количества прикрепленных граждан, это уже почувствовали - уход пациентов обернется для них экономическими потерями. Поэтому главные врачи думают, как улучшить качество обслуживания, какие новые возможности предложить своим пациентам. Это нормальный экономический механизм, и он должен заработать в полную силу.

Александр Чучалин, академик РАМН, директор НИИ пульмонологии:

- Сейчас картина по всей стране довольно пестрая: в отдельных регионах, в некоторых системах здравоохранения реализация этого права отлажена и популярна.

Опыт нашей клиники, куда часто поступают больные по «скорой», показывает: пациенты не знают своих поликлинических врачей, разрыв между амбулаторным звеном и стационаром не преодолен. На первом этапе модернизации здравоохранения, когда начинался национальный приоритетный проект «Здоровье», был заметный подъем первичного звена, некоторые регионы продемонстрировали высочайшую готовность к этому. Как эксперт ВОЗ, я много ездил по стране, в том числе и с зарубежными коллегами.

Могу сказать, что организация первичной помощи в таких городах, как Ступино Московской области или Ломоносов Ленинградской, была эталоном для всего мира. Высоко подняли первичное звено в Чувашии, в Свердловской области - меня потрясал прогресс их врачей общей практики, высокая профессиональная готовность и мотивация. Позже внимание к первичной медпомощи несколько снизилось. Надеюсь, что с приходом нового министра Вероники Скворцовой эта работа вновь будет активизирована и тогда нашим пациентам не надо будет выбирать ту или иную поликлинику, менять доктора - все будут работать на высоком уровне.

Российская газета # Москва, Москва, Татьяна Батенева (30-05-2012)



НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ



ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 5 мая 2012 г. № 462 МОСКВА

О ПОРЯДКЕ

РАСПРЕДЕЛЕНИЯ, ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ И РАСХОДОВАНИЯ СУБВЕНЦИЙ ИЗ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ БЮДЖЕТАМ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПЕРЕДАННЫХ ОРГАНАМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПОЛНОМОЧИЙ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Правительство Российской Федерации постановляет:

1. Утвердить прилагаемые:

Правила распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования;

методику распределения субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования.

2. Настоящее постановление применяется к правоотношениям, возникающим при составлении и исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, начиная с бюджета на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов.

Председатель Правительства Российской Федерации В. ПУТИН

Утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462

ПРАВИЛА

РАСПРЕДЕЛЕНИЯ, ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ И РАСХОДОВАНИЯ СУБВЕНЦИЙ ИЗ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ БЮДЖЕТАМ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПЕРЕДАННЫХ ОРГАНАМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПОЛНОМОЧИЙ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- 1. Настоящие Правила определяют порядок распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее Фонд) бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования (далее территориальные фонды) на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования (далее субвенции).
- 2. Субвенции предоставляются в целях финансового обеспечения расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с частью 1 статьи 6 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
- 3. Распределение субвенций на очередной финансовый год утверждается федеральным законом о бюджете Фонда на очередной финансовый год и плановый период.
- 4. Предоставление субвенций осуществляется ежемесячно после перечисления в установленном порядке в бюджет Фонда из бюджета субъекта Российской Федерации суммы страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.
- 5. Перечисление субвенций осуществляется в установленном порядке на счета, открытые территориальным органам Федерального казначейства для учета поступлений и их распределения между бюджетами бюджетной системы Российской Федерации, для последующего перечисления в бюджеты территориальных фондов.
- 6. При распределении субвенций допускается утверждение не распределенной между бюджетами территориальных фондов субвенции в объеме, не превышающем 5 процентов общего объема соответствующей субвенции, которая может быть распределена между бюджетами территориальных фондов в порядке, установленном Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, на те же цели в процессе исполнения бюджета Фонда без внесения изменений в федеральный закон о бюджете Фонда на очередной финансовый год и плановый период.
- 7. Территориальный фонд представляет ежемесячно, до 10-го числа, в Фонд отчет об использовании субвенций в порядке и по форме, которые устанавливаются Фондом.
- 8. В случае нецелевого использования субвенции соответствующие средства возмещаются в бюджет Фонда в порядке, установленном Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.
- 9. Остатки средств на 1 января очередного финансового года, образовавшиеся в бюджетах территориальных фондов в результате неполного использования в текущем финансовом году субвенций, используются в очередном финансовом году на цели, указанные в пункте 2 настоящих Правил.
- 10. Контроль за осуществлением расходов бюджетов территориальных фондов, источником финансового обеспечения которых являются субвенции, возлагается на Фонд и Федеральную службу финансово-бюджетного надзора.

Утверждена постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462

МЕТОДИКА РАСПРЕДЕЛЕНИЯ СУБВЕНЦИЙ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ИЗ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ БЮДЖЕТАМ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПЕРЕДАННЫХ ОРГАНАМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПОЛНОМОЧИЙ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- 1. Распределение субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - Фонд) бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, осуществляется в целях реализации переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования (далее - субвенции).
 - 2. Размер субвенции определяется по формуле:

$$S_{i} = \frac{Y_{i} \times H \times K_{i}}{\sum_{i} Y_{i} \times H \times K_{i}} \times S_{o6\mu_{i}},$$

- S_. размер субвенции, предоставляемой из бюджета Фонда бюджету i-го территориального фонда обязательного медицинского страхования;
- Ч. численность застрахованного по обязательному медицинскому страхованию населения і-го субъекта Российской Федерации или г. Байконура на 1 апреля года, в котором рассчитывается субвенция на очередной финансовый
- Н норматив финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования, установленный в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на год, на который рассчитывается субвенция;

 - $K_{,-}$ коэффициент дифференциации для i-го субъекта Российской Федерации или г. Байконура; $S_{,\rm obs}^{,}$ общий размер субвенций, установленный в бюджете Фонда на соответствующий финансовый год.
- 3. Коэффициент дифференциации для і-го субъекта Российской Федерации или г. Байконура (Қ.) рассчитывается по формуле:

$$K_{i} = 0.6 \times max(K_{i}^{p}; K_{i}^{3n}) + 0.4 \text{ MBP}_{i}$$

где:

 $\max(K_i^p; K_i^{sn})$ - функция выбора максимального значения из коэффициентов K_i^p и $K_i^{sn};$

- K, Р сумма средневзвешенного районного коэффициента к заработной плате и средневзвешенной процентной надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории і-го субъекта Российской Федерации или г. Байконура законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР;
- K_{i}^{3n} коэффициент уровня среднемесячной заработной платы i-го субъекта Российской Федерации или г. Байконура (предельное значение коэффициента 1,5, значение коэффициента для г. Байконура - 1);
- ИБР: расчетный уровень индекса бюджетных расходов і-го субъекта Российской Федерации или г. Байконура на год, в котором рассчитывается субвенция, определяемый в соответствии с методикой распределения дотаций на выравнивание бюджетной обеспеченности субъектов Российской Федерации, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. № 670 (значение показателя не ниже 1 и не выше 3, значение показателя для г. Байконура - 1).
 - 4. Коэффициент $K_{,}^{3\Pi}$ рассчитывается по формуле:

$$K_i^{3\Pi} = \frac{3\Pi_i}{3\Pi}$$

где:

- 3П, среднемесячная номинальная начисленная заработная плата в расчете на 1 работника в і-м субъекте Российской Федерации за год, предшествующий году, в котором рассчитывается субвенция;
- 3П среднемесячная номинальная начисленная заработная плата в расчете на 1 работника в Российской Федерации за год, предшествующий году, в котором рассчитывается субвенция.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 20 марта 2012 г. № 244н МОСКВА

О НОРМАТИВАХ ЗАТРАТ НА ПРОВЕДЕНИЕ В 2012 ГОДУ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОДНОГО РЕБЕНКА*

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 г. N 1234 «О порядке предоставления субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 2, ст. 395; N 9, ст. 1249; 2012, N 1, ст. 102) приказываю:

- 1. Утвердить по согласованию с Министерством образования и науки Российской Федерации, Министерством финансов Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования нормативы затрат на проведение в 2012 году диспансеризации одного ребенка:
 - в возрасте от 0 до 4 лет включительно в размере 2313 рублей;
 - в возрасте от 5 до 17 лет включительно в размере 2900 рублей.
- 2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11 марта 2011 г. N 187н «О нормативах затрат на проведение в 2011 году диспансеризации одного ребенка» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 апреля 2011 г. N 20391).

Министр Т.А. ГОЛИКОВА

^{*} В полном объеме Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20 марта 2012 г. № 244н «О нормативах затрат на проведение в 2012 году диспансеризации одного ребенка» 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 Минздравсоцразвития России».



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПИСЬМО

от 20 марта 2012 г. №57-0/10/2-2587

МОСКВА

Руководителям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья

В дополнение к письму Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 ноября 2011 г. №14-3/10/2-11668 Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации сообщает следующее.

Частью 3 статьи 50 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» среди целей региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации (далее также - Программы модернизации) предусмотрено внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами (далее также - внедрение стандартов медицинской помощи).

Пунктом 7 Правил финансового обеспечения в 2011-2012 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 15 февраля 2011 г. № 85, установлено, что субсидии из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования являются источником финансового обеспечения расходов бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования, в том числе в части внедрения стандартов медицинской помощи. Пунктом 10 указанных Правил определен перечень условий предоставления территориальным фондом обязательного медицинского страхования указанных средств страховым медицинским организациям (при их отсутствии на территории субъекта Российской Федерации - непосредственно медицинским организациям).

Согласно части 1 статьи 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-Ф3 «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» (далее - Закон № 323-Ф3) медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи с 1 января 2013 года. В соответствии с частью 2 статьи 37 Закона № 323-Ф3 порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи утверждаются Минздравсоцразвития России с 1 января 2012 года. При этом вступление в силу части 2 статьи 37 Закона № 323-Ф3 с 1 января 2012 года не отменяет всех изданных до этого времени нормативных правовых актов, в том числе нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации, утверждающих стандарты медицинской помощи.

Кроме того, частью 11 статьи 100 Закона № 323-Ф3 предусматривается, что до 1 января 2013 года медицинскими организациями при реализации Программ модернизации могут применяться стандарты медицинской помощи, утвержденные Минздравсоцразвития России до вступления в силу указанного закона. Учитывая положения части 11 статьи 100 Закона № 323-Ф3, медицинские организации вправе до 1 января 2013 года также применять при реализации Программ модернизации и иные стандарты медицинской помощи, утвержденные до 1 января 2012 года.

Из вышеизложенного следует, что в случае отсутствия принятых Минздравсоцразвития России в 2012 году стандартов медицинской помощи по отдельным заболеваниям (состояниям), утвержденные до вступления в силу Закона № 323-ФЗ стандарты медицинской помощи по этим заболеваниям (состояниям), в том числе региональные стандарты медицинской помощи, утвержденные органами государственной власти субъектов Российской Федерации до 1 января 2012 года, могут применяться медицинскими организациями в 2012 году, в том числе при реализации Программ модернизации, до дня утверждения Минздравсоцразвития России стандартов медицинской помощи по указанным заболеваниям (состояниям).



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ПРИКА3

от 16 апреля 2012 г. № 73 г.

МОСКВА

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОЛОЖЕНИЙ О КОНТРОЛЕ ЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫМИ ФОНДАМИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ*

В соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 N 326-Ф3 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2011, N 25, ст. 3529; N 49, ст. 7047, ст. 7057) приказываю:

Утвердить:

Положение о контроле за деятельностью страховых медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования (приложение 1);

Положение о контроле за использованием средств обязательного медицинского страхования медицинскими организациями (приложение 2).

Председатель А.В. ЮРИН

^{*} В полном объеме Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16 апреля 2012 г. № 73 «Об утверждении Положений о контроле за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования» размещен на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования www.ffoms.ru в разделе «Система ОМС России», подраздел «Нормативносправочная информация в системе ОМС», в подразделе «Приказы ФОМС».



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ПРИКАЗ

от 12 мая 2012 г. № 105

MOCKBA

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМЫ № КР-ТФОМС «ОТЧЕТ О КОНТРОЛЬНО-РЕВИЗИОННОЙ РАБОТЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ»*

В целях реализации Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, №49, ст. 6422; 2011, №25, ст. 3529, №49 ст. 7047, 7057)

ПРИКАЗЫВАЮ:

- 1. Утвердить форму № КР-ТФОМС «Отчет о контрольно-ревизионной работе территориального фонда обязательного медицинского страхования» с инструкцией по ее заполнению (приложение).
- 2. Управлению информационно-аналитических технологий обеспечить информационное сопровождение представления и обобщения данных в соответствии с формой № КР-ТФОМС и инструкцией по ее заполнению.
- 3. Контрольно-ревизионному управлению обеспечить обобщение и анализ поступающих от территориальных фондов обязательного медицинского страхования данных по форме № КР-ТФОМС.
- 4. Директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования обеспечить представление отчетов по форме № КР-ТФОМС в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в установленные сроки по каналам электронной связи в системе УСОИ-М и на бумажных носителях, начиная с представления отчета по форме № КР-ТФОМС за первое полугодие 2012 года.
- 5. Признать утратившим силу приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 31.05.2010 г. № 107 «Об утверждении формы № КР-ТФОМС «Отчет о контрольно-ревизионной работе территориального фонда обязательного медицинского страхования».

Председатель А.В. ЮРИН

^{*} В полном объеме Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования «Об утверждении формы № КР-ТФОМС «Отчет о контрольно-ревизионной работе территориального фонда обязательного медицинского страхования» от 12 мая 2012 г. № 105 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

ПРИКА3

от 12 мая 2012 г. № 106

МОСКВА

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА И ФОРМЫ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОТЧЕТА ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СРЕДСТВ НА РЕАЛИЗАЦИЮ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ВНЕДРЕНИЮ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ В ЗДРАВООХРАНЕНИЕ*

В целях реализации мероприятий по внедрению современных информационных систем в здравоохранение, предусмотренных частью 12 статьи 50 Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации: 2010, № 49, ст. 6422; 2011, № 25, ст. 3529; № 49 (ч. 1), ст. 7047; № 49 (ч. 5), ст. 7057), приказываю:

Утвердить:

- 1. Порядок представления отчета об использовании средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на реализацию мероприятий по внедрению современных информационных систем в здравоохранение согласно Приложению № 1 к настоящему Приказу;
- 2. Форму «Отчет об использовании средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на реализацию мероприятий по внедрению современных информационных систем в здравоохранение» согласно Приложению № 2 к настоящему Приказу.

Председатель А.В. ЮРИН

^{*} В полном объеме Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 12 мая 2012 г. № 106 «Об утверждении порядка и формы представления отчета об использовании средств на реализацию мероприятий по внедрению современных информационных систем в здравоохранение» 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

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

Директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

от 5 марта 2012 г. №1345/30-2/и

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в связи с поступающими вопросами территориальных фондов обязательного медицинского страхования о порядке передачи сведений о застрахованных лицах в случае прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и в дополнение к письму от 25.10.2011 № 7342/30-2/и сообщает.

В соответствии с частью 15 статьи 38 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон) при досрочном расторжении договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования по инициативе страховой медицинской организации за три месяца до даты расторжения указанного договора страховая медицинская организация обязана уведомить территориальный фонд обязательного медицинского страхования (далее - территориальный фонд) и застрахованных лиц о намерении расторгнуть договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

С даты уведомления о прекращении договора застрахованные лица вправе выбрать (заменить) страховую медицинскую организацию из числа осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. При этом в целях защиты прав застрахованных лиц страховой медицинской организации, уведомившей о намерении расторгнуть договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, следует оповещать застрахованных лиц, желающих подать заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации, о прекращении деятельности.

После прекращения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования при условии соблюдения сроков уведомления застрахованных лиц о намерении расторгнуть указанный договор территориальный фонд проводит проверку в отношении застрахованных лиц, не реализовавших право на выбор (замену) страховой медицинской организации, в региональном и центральном сегментах единого регистра застрахованных лиц. После проведенной проверки сведения о застрахованных лицах направляются в страховые медицинские организации пропорционально числу застрахованных лиц в каждой из них.

В случае, когда основанием для прекращения договора является приостановление или прекращение действия лицензии страховой медицинской организации, а также в случае несвоевременного уведомления застрахованных лиц о прекращении договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования территориальный фонд в соответствии со статьей 38 Федерального закона с даты прекращения договора и на период до выбора в течение двух месяцев застрахованными лицами другой страховой медицинской организации. По истечении двух месяцев территориальный фонд направляет сведения о застрахованных лицах в страховые медицинские организации.

Территориальный фонд единовременно направляет:

в страховые медицинские организации сведения о застрахованных лицах в электронном виде (файлы изменений) с указанием даты страхования (дня направления указанных сведений);

в центральный сегмент единого регистра застрахованных лиц сведения о страховых медицинских организациях, в которые распределены застрахованные лица, не осуществившие замену страховой медицинской организации.

Направление территориальным фондом в страховую медицинскую организацию сведений о застрахованных лицах не является основанием для изготовления полиса обязательного медицинского страхования. Заявка на изготовление полиса формируется на основании информации, полученной из заявления застрахованного лица о выборе (замене) страховой медицинской организации.

При расчете дифференцированного подушевого норматива финансового обеспечения обязательного медицинского страхования учитываются, в том числе, численность застрахованных лиц, не реализовавших право на выбор (замену) страховой медицинской организации, сведения о которых направлены территориальным фондом в страховую медицинскую организацию в соответствии с частью 6 статьи 16 Федерального закона.

Председатель A.B. Юрин