

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ

ISSN 2221-9943



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ
Ф О Н Д
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

МЕДИЦИНСКОЕ

СТРАХОВАНИЕ

В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

5 – 2012

Рабочие встречи Президента Российской Федерации
В.В. Путина с представителями регионов
по вопросам модернизации здравоохранения

Первый национальный съезд врачей Российской Федерации



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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

**НАУЧНО–ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
№ 5, 2012**

«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» № 5, 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
Н.Н. Стадченко – Председатель ФОМС

Заместитель председателя редакционного совета
А.В. Юрин – Заместитель министра здравоохранения Российской Федерации

О.В. Андреева – Начальник Инспекции Счетной палаты РФ по контролю расходов федерального бюджета на здравоохранение и за бюджетом ФОМС, д.м.н., профессор
П.В. Бреев – И.о. начальника Отдела по взаимодействию с федеральными органами исполнительной власти и СМИ ФОМС
А. Гуффрида – старший экономист Всемирного банка по вопросам здравоохранения, д.э.н. (США)
С.А. Карчевская – заместитель Председателя ФОМС
М.А. Ковалевский – Профессор кафедры управления и экономики здравоохранения НИУ ВШЭ
О.А. Константинова – Заместитель директора Департамента развития фармацевтического рынка и рынка медицинской техники Министерства здравоохранения Российской Федерации

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

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

А.Л. Линденбратен – Заместитель директора по научно-исследовательской работе национального НИИ общественного здоровья РАМН, д.м.н., профессор

А.В. Решетников – Директор Московского городского фонда ОМС, академик РАМН, д.м.н., профессор

И.В. Соколова – заместитель Председателя ФОМС

В.И. Стародубов – Вице-президент РАМН, д.м.н., профессор, академик РАМН, директор ФГУ «ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения»

О.В. Царева – Начальник Управления модернизации системы ОМС ФОМС, к.м.н.

И.М. Шейман – Профессор кафедры управления и экономики здравоохранения НИУ ВШЭ, к.э.н.

С.В. Шишкин – Научный руководитель Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ, д.э.н.

Г.Л. Юркин – Начальник Управления правовой и международной деятельности ФОМС

Главный редактор:

Е.А. Политова – Генеральный директор ООО «Издательство «Офтальмология», к.п.н.

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

Журнал издается ООО «Издательство «Офтальмология»

Номер подписан в печать 29.11.2012 года, Тираж: 2000 экз.

Формат: 205 x 275 мм, Объем: 76 полос

Адрес редакции: ООО «Издательство «Офтальмология»
127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59А, Тел.: (499) 488-89-25
E-mail: publish_mntk@mail.ru; journal-oms@yandex.ru (для отправки статей)
Internet: www.omsjournal.ru

При перепечатке ссылка на журнал «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации» обязательна

© «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации», 2012

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

«OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE IN THE RUSSIAN FEDERATION» № 5, 2012

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

EDITORIAL BOARD:

Chairman of Editorial Board

N.N. Stadchenko – Chairman of the Federal compulsory health insurance fund

Deputy Chairman of Editorial Board

A.V. Yurin – Deputy Minister of Healthcare 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 – Deputy Chairman of the FCHIF

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

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

S.G. Kravchuk – FCHIF

D.Y. Kuznetsov – President MCMC

John Langenbrunner – Lead Health Economist with The World Bank, PhD in Economic Sciences and Public Health (USA)

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

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

I.V. Sokolova – Deputy Chairman of the FCHIF

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

O.V. 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 29.11.2012, 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 submission)
Internet: www.omsjournal.ru

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

© «Obligatory Medical Insurance in Russian Federation», 2012

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

ISSN 2221-9943



9 772221 994772 >

СОДЕРЖАНИЕ

ОФИЦИАЛЬНО | НОВОСТИ

Президент России В.В. Путин о модернизации здравоохранения на Деловом саммите Азиатско-Тихоокеанского экономического сотрудничества (АТЭС) во Владивостоке	4
Рабочая встреча Президента Российской Федерации В.В. Путина с Губернатором Саратовской области В.В. Радаевым	6
Рабочая встреча Президента Российской Федерации В.В. Путина с Главой Республики Северная Осетия – Алания Т.Д. Мамсуровым	8
Рабочая встреча Президента Российской Федерации В.В. Путина с и.о. Губернатора Новгородской области С.Г. Митиным	10
Рабочая встреча Президента Российской Федерации В.В. Путина с Губернатором Костромской области С.К. Ситниковым	12
Рабочая встреча Президента Российской Федерации В.В. Путина с Главой Республики Марий Эл Л.И. Маркеловым	14
Рабочая встреча Президента Российской Федерации В.В. Путина с Главой Карачаево-Черкесии Р.Б. Темрезовым	16
Председатель Правительства Российской Федерации Д.А. Медведев провел совещание по вопросу социального развития села в Саратовской области	18
Первый Национальный съезд врачей Российской Федерации определил основные направления развития российского здравоохранения	20
Распоряжение Правительства Российской Федерации от 8 октября 2012 г. №1864-р «О составе Правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан»	23
Министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова посетила Ставропольский край с рабочим визитом	24
О внесении изменений в Устав Федерального фонда обязательного медицинского страхования	26
Постановление Правительства Российской Федерации от 15 августа 2012 г. № 830 «О внесении изменений в Устав Федерального фонда обязательного медицинского страхования»	27
Новые кадровые назначения	30
НАШИ ПУБЛИКАЦИИ	
А.В. Юрин: «Если ничего не делать, то вообще останемся без врачей на селе»	32

ЭКСПЕРТНЫЕ МНЕНИЯ

Об увеличении количества медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования	34
О мероприятиях по улучшению демографической ситуации.	34
О платных медицинских услугах в здравоохранении	35
О деятельности врачей-экспертов в сфере обязательного медицинского страхования	36
О введении электронной записи в амбулаторно-поликлинических учреждениях	37
О порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг	37
Применение законодательства о защите прав потребителей в сфере обязательного медицинского страхования	38
О переходе медицинских организаций на электронный документооборот	39

КОНФЕРЕНЦИЯ «СЛУЖБА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОМС»

Конференция «Служба скорой медицинской помощи в системе ОМС: вопросы, риски, пути решения»	40
--	----

ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

<i>И.К. Новоселова</i> Организация контроля за деятельностью страховых медицинских организаций путем проведения реэкспертизы/метаэкспертизы на территории Пермского края	42
<i>I.K. Novosyolova</i> Arrangement of control of insurance medical organization (IMO) activity by means of medical reexamination/meta-examination in the Perm Territory	42
Рейтинг страховых медицинских организаций за январь-июнь 2012 года	50

ДАЙДЖЕСТ НОВОСТЕЙ

Обязательное медицинское страхование и социальная политика в СМИ	56
--	----

НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ 61

Постановление Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» (62)	
---	--

Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 28 июня 2012 г. № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей» (67)	
--	--

Президент России В.В. Путин о модернизации здравоохранения на Деловом саммите Азиатско-Тихоокеанского экономического сотрудничества (АТЭС) во Владивостоке

7 сентября 2012 г., Владивосток



В.В. ПУТИН: В медицине у нас произошёл слом директивных форм управления медициной, а новые нарождаются так же, как и в экономике, очень тяжело, слабо, неэффективно иногда работают, людей раздражают. Поэтому самое главное у нас сегодня, одно из главных направлений, – это выйти на новый уровень медицинского обслуживания граждан.

В.В. Путин в своём выступлении отметил: «Для многих экспертов очевидно, что многие проблемы, с которыми сталкивается мировая экономика, возникают не в связи с традиционными причинами и даже не столько в связи с развитием деривативов в финансовой сфере и неурегулированностью финансовых операций, хотя это тоже сопутствующие причины. А истинные причины кризиса глубже.

Здесь много специалистов в области экономики. Многие знают о нашем экономисте Кондратьеве, который в 30-е годы еще сформулировал идею, концепцию длинных волн кризиса и в конечном итоге пришел к выводу о том, что глобальные потрясения происходят на стыке смены технологических укладов. И некоторые эксперты, в том числе наши, считают, что мы сейчас столкнулись именно с этими глобальными проявлениями, что происходит смена технологического уклада, и возрастающие потребности, особенно в так называемых развитых экономиках, где проживает так называемый «золотой миллиард», где люди привыкли к опережающему росту потребления, а существующий технологический уклад не успевает за этим ростом потребления и не может его уже обеспечить, - что в этом одна из причин, по их мнению, глобальных наших экономических потрясений.

Но следующий технологический уклад – это как раз биотехнологии, к которому человечество переходит, но переходит довольно медленно.

А биотехнологии очень связаны с медициной, с человеческим капиталом и со здоровьем. Поэтому та субстанция, о которой Вы сейчас упомянули, связана не только с тем, что мы должны бороться скажем, с гриппом или с другими заболеваниями, которые у всех на слуху: с онкологией или сердечно-сосудистыми заболеваниями, - дело гораздо более серьезное и капитально выглядит. Мы должны переходить к новому технологическому укладу, где биотехнологии, медицина, качество человека, качество его образования, здоровья крайне важны для обеспечения темпов экономического роста. Если мы посмотрим на проблему с этой стороны, а только так, на мой взгляд, и надо на неё смотреть, то мы поймём, насколько это важно.

Мы в России столкнулись с целым рядом проблем. Они связаны и с тем, что мы переходим в экономике постепенно от плановой экономики к рыночной. Это тоже достаточно болезненный этап.

Все (очень многие у нас в стране) ругают наших так называемых «младореформаторов», ярким представителем которых является господин Чубайс, сидящий здесь, справа от меня. Наверное, их есть за что ругать. Но всё-таки они сделали этот шаг перехода к рынку. Хорошо, плохо, но они это сделали.

То же самое у нас происходит в других областях. В медицине у нас произошёл слом директивных форм управления медициной, а новые нарождаются так же, как и в экономике, очень тяжело, слабо, неэффективно иногда работают, людей раздражают. Поэтому самое главное у нас сегодня, одно из главных направлений, – это выйти на новый уровень медицинского обслуживания граждан. Мы провели несколько программ и сейчас осуществляем одну из них. Она так и называется: «Модернизация здравоохранения». Причём речь идёт прежде всего об общем здравоохранении в таком региональном звене.

Задача в том, чтобы улучшить материально-техническую базу здравоохранения, повысить уровень компетентности тех, кто работает, и улучшить материальное состояние людей, которые работают в этой сфере, причём во всех звеньях. Конечно, нужно обратить особое внимание на биологию и на фундаментальные медицинские исследования. Всё это находится в поле нашего зрения. У нас создана соответствующая программа плюс к ней программа развития отечественной фармацевтической промышленности. Конечно, мы не собираемся замкнуть эту фармацевтическую программу в наших национальных границах, это и невозможно. Но и собственная база должна развиваться. На это мы на ближайшие несколько лет выделили, если мне память не изменяет, где-то в районе 186 миллиардов рублей – на развитие фармацевтической промышленности. Делать будем это вместе с нашими зарубежными партнёрами. Мне бы очень хотелось, чтобы и партнёры из Азиатско-Тихоокеанского региона тоже к этому подключились».

Рабочая встреча Президента Российской Федерации В.В. Путина с Губернатором Саратовской области В.В. Радаевым

24 июля 2012 г., Сочи



В.В. ПУТИН: «В рамках Программы модернизации здравоохранения 25 процентов всех выделяемых средств должны направляться как раз на сельскую медицину. Недостаточно только привести в порядок эти здания, сооружения, и даже недостаточно добавить туда какого-то элементарного оборудования, там может быть только самое простое оборудование. Нужно, чтобы там, во-первых, социалка улучшилась, жильё предоставлялось, чтобы в нормальных условиях люди могли жить. И, что ещё важнее, надо создать систему стимулов не только работы и проживания, но и последующего роста. Об этом надо подумать – так, как в армии когда-то было и что мы сейчас хотим вернуть. Парень отслужил в армии, он может уже относительно легко поступить в высшее учебное заведение на бесплатное обучение. Здесь нужно что-то придумать такое для молодых специалистов, которые выбрали для себя такой непростой путь работы на селе».



В.В. Радаев,
губернатор Саратовской области

За последние полгода нам и новому руководству территориального фонда удалось увеличить тарифы на оплату медицинских услуг, и, тем самым, увеличить рост заработной платы работников здравоохранения в регионе.

К сожалению, нам пришлось столкнуться с кредиторской задолженностью ряда муниципальных лечебных учреждений перед поставщиками лекарств, продуктов питания, а также перед персоналом

по оплате труда. В связи с этим были разработаны меры, которые снизили долговую нагрузку медицинских организаций. В настоящее время ТФОМС ведет жесткий контроль над финансово-хозяйственной деятельностью этих учреждений.

В программу реализации территориальной программы госгарантий оказания бесплатной медицинской помощи оперативно вносятся изменения, касающиеся объемов медпомощи с учетом объективной ситуации в здравоохранении. Эти и многие другие меры направлены на планомерное решение главной задачи – оказание качественных и доступных медицинских услуг жителям региона.



Д.А. Морозов, доктор медицинских наук, доцент, главный детский андролог Саратовской области, руководитель регионального штаба поддержки кандидата в президенты России Владимира Путина

Муниципальное и сельское здравоохранение в особенности требуют беспрецедентных мер

поддержки, может быть – даже сродни поддержке военнослужащих. Мне кажется, должны быть в разы увеличены зарплаты по сравнению с городом; это должен быть серьезный соцпакет, чтобы человек, который уезжал в сельское здравоохранение, понимал, что существует социальный лифт некий, что он имеет преференции, например, при поступлении в аспирантуру, преференции в дальнейшем своём карьерном росте, может быть – дополнительное образование, в том числе за рубежом. Чтобы это не была некая ссылка, что ли, для молодого доктора.



А.Н. Саухин,
директор ТФОМС
Саратовской области

Финансовое обеспечение региональной программы модернизации здравоохранения Саратовской области оценивается в 9,96 млрд. рублей.

За лучшие показатели реализации региональной программы модернизации здравоохранения в 2011 году Саратовская область по распоряжению Правительства РФ в мае 2012 года получила из бюджета ФОМС дополнительное финансирование в сумме 508122 тыс. рублей.

С учетом средств бюджета ФОМС, направляемых на реализацию внедрения стандартов медицинской помощи, планируется сокращение дефицита финансового обеспечения территориальной программы ОМС в 2012 году на 20%, к 2015 году – полное сокращение дефицита.

Приоритетом программы модернизации здравоохранения является совершенствование оказания медицинской помощи при заболеваниях, являющихся причинами высокой смертности и определяющих высокий уровень потери трудового потенциала области. Так например, смертность от сердечно-сосудистой патологии остается на первом месте в структуре общей смертности. Ежегодно

в области регистрируется около 4000 больных инфарктом миокарда. Госпитальная летальность от острого инфаркта миокарда возросла с 11% в 2008 году до 15,5% в 2010 году, что было связано с невозможностью в полном объеме обеспечить лечебные мероприятия данной категории пациентов. В 2011 году летальность снизилась до 12,1%.

Проведенная в рамках программы модернизации здравоохранения области закупка и установка современного оборудования, внедрение порядков оказания медицинской помощи, подготовка медицинских кадров и повышение заработной платы с 2012 года увеличивают стоимость лечения больных, требуют пересмотра тарифов.

С 1 августа 2012 года прошло увеличение дополнительного тарифа на повышение доступности амбулаторной медицинской помощи на 15%, а по ряду стандартов тариф увеличен в 1,5-2,5 раза, по отдельным нозологическим формам в 2-4 раза.

Программа поддержки сельских врачей начала действовать в Саратовской области с января 2012 года. Данные меры позволяют значительно сократить дефицит работников здравоохранения в сельской местности.

В ТФОМС Саратовской области уже поступило 19 млн. рублей для осуществления единовременных выплат. До конца 2012 года планируется осуществить единовременные компенсационные выплаты 31 медицинскому работнику.

Рабочая встреча Президента Российской Федерации В.В. Путина с Главой Республики Северная Осетия – Алания Т.Д. Мамсуровым

26 июля 2012 г., Сочи



В.В. ПУТИН: «Когда говорили о приоритете детства, педиатрии, мы же многим регионам предоставили возможность самим решать, сколько направлять на эти цели, сколько на другие, имея в виду, что в некоторых регионах эта тема оказалась более продвинутой, и там нет необходимости соблюдать заданные параметры. Мы ждем не только того, что будут с умом истрачены деньги, выделяемые федеральным центром, но мы ждем и определенной структуризации отрасли, чтобы были ликвидированы избыточные звенья, неэффективно работающие и, наоборот, чтобы качество услуг, которые предоставляются здравоохранением, улучшались, чтобы люди это чувствовали на себе».



Т.Д. Мамсуров,
Глава Республики
Северная Осетия – Алания

«Мы стараемся спокойно, динамично развиваться по всем направлениям, но есть позиции, которые нас не устраивают – это большое отставание в цифрах от общероссийских показателей.



А.В. Реутов,
главный врач ФГБУ «Северно-
Кавказский многопрофильный
медицинский центр»

Мы знаем, что сейчас ключевое слово в регионе – это программа модернизации. И последние два года я вижу, как бьются за это коллеги в республиках, министры, все, кто в этом



Т.А. Томаев,
Директор ТФОМС Республики
Северная Осетия – Алания

Сформированная в Республике Северная Осетия – Алания структура здравоохранения позволяет оказывать медицинскую помощь на различных ее этапах. Однако отмечается годами сложившаяся диспропорция, как в кадровом, так и в материально-техническом оснащении. Ранее раз-

работанные в республике целевые программы развития здравоохранения не были реализованы в полной мере, в основном, из-за отсутствия необходимых финансовых средств. Низкий уровень материально-технической базы большинства медицинских организаций, расположенных в сельской местности, не позволял оказывать населению качественную медицинскую помощь. Вследствие этого, в течение последних 10-15 лет, возникла проблема обеспечения указанных организаций медицинскими кадрами. У молодых специалистов не было желания работать в сельской местности из-за отсутствия возможности оказания качественной медицинской помощи населению и использования в практике современных медицинских технологий. По этой же причине многие жители районов республики обращались за медицинской помощью, особенно специализированной, в медицинские организации, расположенные в столице республики г. Владикавказе. В связи с этим основной задачей является рациональное использование ресурсов здравоохранения и оптимизация структуры медицинских организаций. Из-за недостатка финансовых средств в бюджетах всех уровней, даже в медицинских организациях республиканского уровня, специализированная медицинская помощь не оказывалась в объеме и на условиях территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии со стандартами медицинской помощи. В

Мы над ними работаем. Самое главное, динамика в последние годы очень неплохая – снижается безработица, растут доходы. Тем не менее, до порога чувствительности, после которого можно было бы сказать, что в республике полный порядок и нет проблем, ещё далеко, хотя мы стараемся делать для этого всё, что в наших силах. Мы знаем, где отстаем, где подводим. Самое главное, мы идем от худшего к лучшему».

В ходе беседы с Президентом Российской Федерации были затронуты вопросы, связанные с положением дел в здравоохранении, социальной сфере.

участвуют. Программа очень своевременная, тут никаких вопросов, беспрецедентное количество денег, такого в здравоохранении (мы в этом прекрасно отдаем себе отчет) никогда не было. Но в то же время понимаем, что в 2012 году здравоохранение еще не будет таким, каким мы хотим его видеть. То есть многое отремонтируют, вот у нас в Республике Северная Осетия тяжелейшая была больница – больница скорой помощи, она будет завершена, но разговор на этом не кончится. Нельзя заканчивать эту программу, надо ее продолжать.

целях выполнения указанных задач на 2011 и 2012 годы утверждена Программа модернизации здравоохранения Республики Северная Осетия – Алания (далее Программа), на реализацию которой запланировано 1 934 943,20 тыс. рублей.

В целях приведения материально-технической базы медицинских организаций в соответствие с требованиями порядков и условий оказания медицинской помощи предусмотрен капитальный ремонт 21 объекта в 10 медицинских организациях республики.

В медицинские организации республики поставлено 804 единицы медицинского оборудования и санитарного автотранспорта на общую сумму 430 291,12 тыс. рублей (70,42% предусмотренных средств).

Программой предусмотрено внедрение стандартов по 16 нозологическим формам в 12 государственных и муниципальных медицинских организациях. Всего на выполнение стандартов медицинской помощи запланировано 586 594,60 тыс. рублей. В результате этих мероприятий удалось достигнуть выполнения двух основных задач – оказание специализированной стационарной медицинской помощи в соответствии со стандартами и повышение заработной платы врачей-специалистов и специалистов со средним медицинским образованием.

На проведение мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи Программой запланировано 268 576,0 тыс. рублей.

Средний размер заработной платы специалистов, получающих стимулирующие выплаты в рамках данного мероприятия, составил в среднем в 2012 году у врачей – 12 952,93 руб., среднего медперсонала – 8 665,97 рублей, т.е. повышение составило – 46,7%.

Для укомплектования медицинских организаций квалифицированными кадрами в сельской местности, особенно отдаленной, выплачено из средств Федерального фонда ОМС 40 000,00 тыс. рублей, т.е. 40 врачам, переехавшим для работы в сельские населенные пункты.

Рабочая встреча Президента Российской Федерации В.В. Путина с и.о. Губернатора Новгородской области С.Г. Митиным

8 августа 2012 г., Москва, Кремль



В.В. ПУТИН: «Нам нужно просто подумать, как сформулировать, какие дополнительные формулировки дать, при которых специалисты имеют право на такую поддержку, чтобы было понятно, что это небольшие населенные пункты, но тем не менее с преимущественно сельским населением».

(О поддержке здравоохранения в посёлках городского типа)



С.Г. Митин,
и.о. Губернатора
Новгородской области

Задача повысить уровень здравоохранения – она попала в самую десятку, потому что это, наверное, самая главная сегодня проблема для руководства области. И мы очень серьезно включились в эту проблему. Должен

сказать, заработную плату в России подняли, подняли

престиж работы врача. Впервые построили в этом году дом, будем сейчас заселять, 36-квартирный девятиэтажный дом, причем в очень хорошем месте. И только врачи там будут жить у нас.

У нас 81 учреждение здравоохранения, мы практически во всех начали капитальный ремонт, завоз оборудования, и результаты сразу сказались. На 20 процентов мы смертность за четыре года снизили. Это, конечно же, один из таких серьезных показателей – продолжительность жизни увеличилась на два года. Хотя, конечно, мы по этим показателям от среднероссийских отстаем. Поэтому это такая перспективная задача, но первый шаг уже сделан.



Г.В. Михайлова,
председатель комитета
по охране здоровья населения
Новгородской области

Постановлением администрации Новгородской области от 13 февраля 2012 года № 52 был утвержден Порядок предоставления единовременной компенсационной выплаты медицинским

работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2011-2012 годах после окончания учебы на работу в сельский населенный пункт и заключившим договор с комитетом по охране здоровья населения области.

В настоящее время 28 врачей уже приступили к работе на селе. 11 врачей-терапевтов, стоматологи и неврологи,

педиатр, хирург и врачи общей врачебной (семейной) практики будут оказывать помощь жителям различных районов области. И даже отдаленные районы, такие, как Мошенское или Любытино, смогли привлечь к себе новых специалистов благодаря федеральной программе.

Отмечу, что в Новгородской области также реализуются дополнительные гарантии и меры социальной поддержки медицинским работникам, проживающим в сельской местности, за счет ассигнований областного бюджета по оплате жилья и коммунальных услуг по отоплению, электроснабжению, приобретению топлива для отопления домов. Кроме того, предусмотрены повышенные на 25% должностные оклады.

Весомым вкладом в развитие сельской медицины стало и приобретение, в рамках программы модернизации, четырех передвижных ФАПов, а также мобильного Центра здоровья.



Т. М. Васильева,
врач-онколог отделения
химиотерапии Новгородского
областного онкологического
диспансера

В 2000 году мы закончили первую очередь строительства онкодиспансера. Была сдана в эксплуатацию поликлиника на 300 посещений в смену и отделение химиотерапии на 60 мест. В 2010 году закончилось строительство второй очереди онкодиспансера. Были открыты отделения реанимации, операционное отделение, четыре отделения хирургического профиля общей численностью 100 коек и отделение лучевой диагностики, которое благодаря наличию современного диагностического оборудования позволило снизить смертность.

И сейчас благодаря программе модернизации идёт активное строительство радиологического корпуса, в текущем году планируется закончить. Но проблема в том, что необходимо ещё и оборудование. Оно достаточно дорогостоящее, поэтому, конечно, хотелось бы, чтобы рас-

смотрели вопрос о внесении нас в те субъекты, которым даётся субсидия из федерального бюджета. Это, конечно, нам бы очень помогло в проблеме реализации лучевой терапии в нашей области.

Вторая основная проблема – это то, что не очень хорошо привлекаются и закрепляются молодые специалисты в сельской местности. Не секрет, что Новгородская область – население сельское в основном, поэтому очень важно, чтобы кадры именно шли в сельскую местность, а это проблема. Каждый район по-своему решает проблему привлечения врачей в свои ЦРБ (центральные районные больницы), тут и проблема жилья молодых специалистов: кто-то выделяет жильё, кто-то оплачивает съёмное жильё. Конечно, очень большая поддержка финансовая оказывается в связи с постановлением, которое обеспечивает материальную помощь в размере 1 миллиона рублей молодым специалистам до 35 лет, которые переехали либо направлены в сельскую местность. С 14 врачами уже договор заключён. От 10 интернов приняты заявления. Но тут возникает другая проблема: есть небольшие городки, есть посёлки городского типа, которые не подпадают под эту программу.

Рабочая встреча Президента Российской Федерации В.В. Путина с Губернатором Костромской области С.К. Ситниковым

9 августа 2012 г., Московская область, Ново-Огарёво



В.В. ПУТИН: «Да, уровень заработной платы останавливает и бытовые условия. Это самое главное, потому что если сейчас материальная база улучшается, оборудование приходит, значит, работать становится интереснее, и эффективнее можно работать, но бытовые условия останавливают, прежде всего отсутствие жилья. Посмотрим на эту проблему внимательнее. После завершения программы модернизации и параллельно с ней мы будем думать о том, как поддержать это звено здравоохранения, прежде всего социальную сферу. Нужно будет делать что-то подобное тому проекту, который осуществляем по школам. Программа должна быть комплексной и прежде всего касаться малых городов и поселков».

(О поддержке сельского здравоохранения)



С.К. Ситников,
Губернатор Костромской области

Очень эффективный формат. Глава государства имеет возможность услышать не только губернатора, но и жителей региона, тем самым сориентироваться, насколько важная тема поднимается. Обратились к Президенту по общегосударственным проблемам, давая при этом свои личные зарисовки. Встреча прошла в виде свободного общения по темам.

У нас огромный дефицит кадров врачей. Зарплаты понемногу растут. Мы выходили к Президенту с предложением изменить порядок финансирования и перейти от финансирования линейного, когда министерство здра-

воохранения напрямую перечисляет академии деньги, к системе, когда жестко зафиксированные федеральные средства только под вопросы обучения студентов поступают в регион. Заключается тройной договор между регионом, учебным заведением и студентом. И студент получает высшее образование и, в соответствии с договором, возвращается работать в регион, который оплачивал его учебу. В целом, Владимиру Владимировичу эта идея показалась интересной, при этом он сказал, что сейчас, молниеносно мы эту ситуацию решить не сможем, потому что потребуются серьезные изменения, прежде всего, в бюджетном кодексе. При этом Владимир Владимирович счел необходимым дать поручение проработать программу поддержки врачебных кадров, примерно такую же, которая сейчас ведется в системе образования, параллельно с программой модернизации.



И.В. Марусина,
доктор-ревматолог, заведующая
ревматологическим отделением
горбольницы

У нас, в Костромской области, в здравоохранении проблем много. Как в соседних регионах, у нас самая острая проблема – это кадровый вопрос и среди врачей, и среди среднего медицинского персонала. У нас область большая по площади, размером с Францию, население у нас около 600 тысяч человек. Не хватает на сегодняшний день около 600 врачей.

У нас, в Костромской области, в здравоохранении проблем много. Как в соседних регионах, у нас самая острая проблема – это кадровый вопрос и среди врачей, и среди среднего медицинского персонала. У нас область большая по площади, размером с Францию, население у нас около 600 тысяч человек. Не хватает на сегодняшний день около 600 врачей.

Очень остро проблема стоит, понятное дело, на селе. А что такое село или маленький город без врача? Там остаются врачи общей практики, педиатры, но нет анестезиологов – соответственно, не проводятся операции. В областном центре на какие-то периоды вынуждены закрываться специализированные отделения, потому что нет специализированных врачей, которые допустим, уходят в отпуска. Проблема назревала годами. У нас в отделении должно быть четыре доктора, мы работаем вдвоем.

Сейчас, чтобы как-то привлечь молодые кадры на работу в Костроме, выделены 34 квартиры. И мы очень рады, что к нам приедут молодые доктора. Думаю, если они будут обеспечены жильем, то захотят остаться работать и лечить людей, приносить пользу.



А.В. Князев,
Директор Департамента
здравоохранения
Костромской области

Медицинская помощь сельскому населению Костромской области оказывается 13 самостоятельными медицинскими учреждениями, находящимися в сельской местности, в т.ч. 10 районными, 3 участковыми больницами. В структуру этих учреждений входят 3 участковые больницы, 32 врачебные амбулатории, 330 ФАПов и ФП.

Большой вклад в повышение доступности медицинской помощи сельскому населению внесла программа модернизации здравоохранения Костромской области на 2011-2012 годы, утвержденная постановлением администрации Костромской области от 14 марта 2011 г. № 75-а.

Особая роль отводится оснащению офисов врачей общей практики, основная часть которых размещается на селе. За 2 года поступили 24 комплекта для оснащения

офисов врачей общей практики. Практически все центральные районные больницы получили современную дыхательную аппаратуру, рентгеновские аппараты, оснащение для кабинетов ЛОР-врачей, окулистов, акушеров-гинекологов, в акушерские стационары – оборудование для выхаживания новорожденных детей, санитарный автотранспорт.

Для жителей населенных пунктов с численностью 100 человек и меньше, удаленных более чем на 3 км от ближайшего медицинского учреждения, программой модернизации предусмотрено открытие домовых хозяйств с обеспечением их набором для оказания первой помощи и мобильной связью. На сегодняшний день открыто 79 домовых хозяйств.

Ежегодно для приближения помощи к сельскому населению приказом департамента здравоохранения утверждается список фельдшеров ФАПов, наделенных правом оформлять листки временной нетрудоспособности сельским жителям. Это избавляет их от необходимости на каждый прием ездить в районный центр.

Рабочая встреча Президента Российской Федерации В.В. Путина с Главой Республики Марий Эл Л.И. Маркеловым

4 сентября 2012 г., Московская область, Ново-Огарёво



В.В. ПУТИН: «У специалистов с высшим образованием зарплата должна быть повыше, а не 10 тысяч. Иначе зачем учились? Это уже, видимо, какая-то системная недоработка».

(О зарплате врачей Йошкар-Олинской городской больницы)



**Л.И. Маркелов,
Глава Республики Марий Эл**

Республика Марий Эл динамично развивается и демонстрирует высокие темпы роста по всем экономическим показателям, и по темпам роста валового продукта, и по темпам роста промышленного производства – 9,8 процента, и по инвестициям в уставной капитал – более 17 про-

центов, темпы роста сельского хозяйства нас впечатляют – более 123 процентов.

Несмотря на то, что есть достаточно серьезные проблемы, мы стараемся их решать, не создавая федеральному центру головной боли, правильно выстраиваем отношения с министерствами, и ведомствами и все конструктивно решаем.



**В.В. Шишкин,
заместитель председателя
Правительства,
министр здравоохранения
Республики Марий Эл**

Считаю основной заслугой модернизации здравоохранения именно то, что мы повернулись лицом к стандартам оказания медицинской помощи. Почему раньше стандарты активно не внедрялись в регионах?

Потому что в больницах не было в достаточном количестве лекарственных препаратов и медицинского оборудования для выполнения необходимого минимума обследований. Грамотным решением в рамках Программы модернизации стало направление значительных средств на оснащение больниц. В Республике Марий Эл появилось 205 единиц технологичной дорогостоящей медицинской техники – от аппаратуры слежения для реанимационных до самого современного сложного оборудования для операционных.

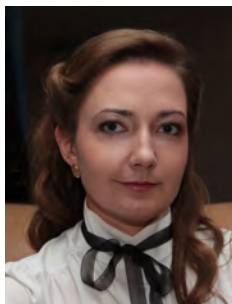
Мы в республике уже закупили 13 единиц санитарного транспорта не для службы скорой помощи, а для оснащения поликлиник, участковой службы, для обеспечения выездов на дом к пациентам врачей узких специальностей. В самое ближайшее время закупим еще около 70 санитарных автомобилей

на сумму 37 млн. рублей, все они также пойдут в первичное звено. Это должно служить решению проблемы доступности медицинской помощи для пациентов.

Минздраву РФ удалось разработать Программу модернизации, которая учитывает особенности регионов России, не заставляет подходить к решению проблем с едиными мерками, дает возможность регионам реализовать свое видение, свою индивидуальность.

В рамках модернизации произошло значительное повышение заработной платы, но мы не добились повышения зарплат, ориентированной на результат работы. Задача на ближайшие годы – добиться эффективного контроля. Каждый главврач больницы должен заключить с врачом контракт, в котором оговорено, каковы требования к работе того или иного врача, за какие манипуляции он может получить дополнительную плату, дополнительные стимулирующие выплаты, а какие показатели будут влиять на снижение зарплат. То же касается и самих главных врачей – их заработная плата также должна быть ориентирована на результат.

Президент РФ В.В. Путин говорил о том, что средняя зарплата по отрасли здравоохранения для врачей должна к 2018 году составлять две средних зарплат в экономике региона. Но при этом совсем не факт, что каждый врач будет иметь такую заработную плату: у тех докторов, кто работает эффективно, она может быть значительно выше, а кто-то из врачей, возможно, и не почувствует прибавки. Все зависит от результата работы.



**А. Демина,
врач-терапевт
пульмонологического отделения
Йошкар-Олинской городской
больницы**

В рамках республиканской целевой программы улучшения материально-технической базы в области здравоохранения в 2012 году введен в эксплуатацию новый корпус республиканского онкологического

диспансера на 120 коек.

В 2012 году в рамках мероприятий по совершенствованию оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями созданы региональные сосудистые центры на базе Йошкар-Олинской городской больницы и первичное сосудистое отделение в городе Волжске.

Это позволило впервые в нашей республике начать проводить операции больным сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Все эти мероприятия позволили снизить смертность больных от болезни органов кровоснабжения на 7,8 процента.

Полностью отреконструированы здания детской республиканской клинической больницы, пищеблок перинатального центра. С целью улучшения и оказания медицинской помощи селу выстроена Ардинская врачебная амбулатория в Килемарском районе, и в 2012 году продолжится строительство лечебно-диагностического корпуса республиканского клинического госпиталя ветеранов войн.

При поддержке Правительства Республики Марий Эл было принято решение о создании амбулаторно-поликлинического комплекса. Этот комплекс предусматривает в своей структуре детскую поликлинику с обслуживанием до 10 тысяч пациентов и взрослую поликлинику с центром здоровья и женской консультацией с обслуживанием до 85 тысяч человек.

Создание амбулаторно-поликлинического комплекса позволит оказать более 40 процентов амбулаторной помощи населению.

Рабочая встреча Президента Российской Федерации В.В. Путина с Главой Карачаево-Черкесии Р.Б. Темрезовым

5 сентября 2012 г., Московская область, Ново-Огарёво



В.В. ПУТИН: «Я думаю, что продление программы в прежних параметрах возможно. Что касается изменений параметров, связанных с возрастом, некоторых других интересных аспектов этой практики, то пока они не рассматриваются, но думаю, что саму программу мы можем продлить на следующий год».

(О программе привлечения молодых специалистов в сельскую местность)

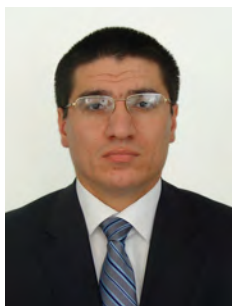


И.Д. Гербекова,
Министр здравоохранения и
курортов Карачаево-Черкесской
Республики

В Карачаево-Черкесской Республике активно реализуются мероприятия целевой программы «Модернизация здравоохранения Карачаево-Черкесской Республики на 2011-2012 гг.».

В рамках визита Министра здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой в Карачаево-Черкесскую Республику была дана высокая оценка модернизации здравоохранения республики.

5 сентября 2012 г. В.В. Путин провёл рабочую встречу с Главой Карачаево-Черкесии Р.Б. Темрезовым и жителями республики, где велся разговор о происходящих переменах в сфере здравоохранения, о ходе модернизации, мероприятия которой активно реализуются: это и улучшение материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений благодаря проведённому капитальному ремонту и оснащению современным лечебно-диагностическим оборудованием; внедрение стандартов оказания медицинской помощи и повышение доступности, внедрение информатизации, дополнительные выплаты врачам и средним медработникам.



А.Х.-М. Маков,
главный врач
муниципального бюджетного
лечебно-профилактического
учреждения

Сегодня мы в полной мере в принципе ощущаем все те изменения, которые идут в здравоохранении. В Карачаево-Черкесии приобрели значительные объёмы

привлечения молодых специалистов в сельскую местность. За эти полгода, которые мы эту программу уже активно реализуем в Карачаево-Черкесии, удалось привлечь 135 молодых специалистов.

Я выражу мнение практически большого количества докторов, особенно докторов с опытом, которые желали бы, наверное, переехать в сельскую местность и работать, потому что сегодня благодаря тем изменениям, которые идут в здравоохранении, – это доступность, это стандарты медицинской помощи плюс наличие сельских доплат.

У нас условия работы в эквиваленте денежного режима выше, чем в городе. Поэтому эти подъёмные, миллион, дали

Были внесены предложения по продлению программы модернизации здравоохранения Карачаево-Черкесской Республики, что вызвано необходимостью продолжить ремонт оставшихся учреждений, дооснастить оборудованием для внедрения стандартов, внедрение информатизации.

Серьёзным стимулом для привлечения молодых специалистов в сельскую местность стала программа «Земский доктор», которая успешно реализуется в Карачаево-Черкесии, так сегодня в список включены 207 врачей, выплачено 135 миллионов рублей. Внесены предложения на встрече с В.В. Путиным по продлению данной программы, что позволит снизить дефицит врачебных кадров и повысить качество и доступность медицинской помощи на селе.

Построение трехуровневой модели здравоохранения, развитие мощного лечебно-диагностического потенциала, программы по привлечению врачебных кадров в сельскую местность для снижения дефицита, увеличение заработной платы, улучшение условий труда медработников, оказание медицинской помощи в соответствии со стандартами и порядками, развитие профилактической и восстановительной медицины, должны привести к главной цели – увеличению средней продолжительности жизни жителей республики и отразиться в целом на качестве жизни.

бы возможность привлечь ещё и более опытных специалистов: до 40-45 лет. Конечно, было бы замечательно эту программу продлить хотя бы ещё на один год и увеличить возрастной ценз. Если такая возможность будет, в ближайшие полтора года мы практически решим вопрос привлечения специалистов в сельскую местность.

Думаю, к концу программы модернизации у нас будет другой уровень оказания медицинской помощи, в том числе особенно и на селе. Потому что разработанные Минздравом России стандарты медицинской помощи уже унифицированы для всех регионов. Желает или не желает этого то или иное лечебное учреждение, оно обязано оказывать эту помощь в тех рамках, которые утверждены.

Информатизация – это программа, которая требует осмысления не только с нашей стороны, руководителей, но требует осмысления со стороны и простого врача, и больного. Больной должен научиться тому, что бывают электронные очереди, больной должен понять, что сегодня не обязательно сидеть и ждать, что можно записаться. А врач должен научиться тому, что сегодня больной имеет полное право записаться и онлайн, и прийти в регистратуру зарегистрироваться, и так далее.

Председатель Правительства Российской Федерации Д.А. Медведев провел совещание по вопросу социального развития села в Саратовской области

6 сентября 2012 г., Саратов



Д.А. МЕДВЕДЕВ: «Планируется дальнейшее развитие сети медицинских учреждений, которые оказывают первичную помощь сельским жителям. Здесь, мне кажется, нам нужно соединять принципы необходимого и достаточного медицинского обслуживания. На селе должен быть предусмотрен перечень необходимых медицинских услуг. Для этого, естественно, существуют ФАПы, офисы врача общей практики. Часть услуг, более сложных, должна оказываться в ЦРБ, включая возможности использования телемедицины, что для нашей страны имеет непреходящее значение. Поэтому условия для повышения качества и доступности медицины мы должны улучшать, оснащать наши пункты оказания медицинских услуг новым оборудованием, включая автомобили скорой помощи».



В рабочей поездке Председателя Правительства Российской Федерации Д.А. Медведева в Саратовскую область приняла участие **Министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова.**

«При реализации программы модернизации формируется трехуровневая система оказания медицинской помощи, позволяющая сделать более доступной для сельского населения не только первичную медико-санитарную помощь, но и специализированную, и высокотехнологичную. Показатели здоровья селян хуже по сравнению с городским населением. Связано это с низкой доступностью медицинской помощи, а также с целым рядом факторов социально-экономического характера, в том числе материальным неблагополучием, недостаточной развитостью инфраструктуры учреждений бытовых и социальных услуг, невысоким уровнем санитарно-гигиенических знаний, в некоторых районах с чрезмерным употреблением алкоголя. Все это приводит к последствиям, влияющим на качество жизни сельского населения, и выражается в высоких показателях социально-значимых заболеваний, включая туберкулез, злокачественные новообразования, алкоголизм, инфекции и другие заболевания, а также в инвалидизации и смертности сельского населения», — отметила В.И. Скворцова.

Одной из главных проблем сельской медицины министр назвала нехватку медицинских кадров. Укомплектованность врачами и медсестрами в селах в 2,4 раза меньше, чем в городах.

В целом, в 2011 году в 42 российских регионах обеспеченность врачами сельской местности была ниже среднероссийского значения. Укомплектованность штатных должностей врачами составляет 88,0% при коэффи-

циенте совместительства 1,43; средними медицинскими работниками – 95,6% при коэффициенте совместительства – 1,13.

Не в полную силу использована возможность программы, когда молодым специалистам, переезжающим на работу в сельскую местность, выдается один миллион рублей. Является оправданным продление действия данной программы на 2013 год. В настоящее время по этой программе начали работу в сельских учреждениях здравоохранения 3 959 молодых специалистов.

Кроме того, во многих территориях предусмотрены дополнительные региональные выплаты молодым специалистам, обеспечение жильем и автотранспортом.

В качестве позитивных моментов В.И. Скворцова отметила формирование широкой сети межрайонных центров и трехуровневой системы оказания медицинской помощи, что позволит сделать более доступной для сельского населения не только первичную медико-санитарную помощь, но и специализированную, и высокотехнологичную медицинскую помощь.

Министр напомнила, что с 2013 года возрождается обязательная ежегодная диспансеризация детей и диспансеризация взрослых по категориям, поэтому в сельской местности планируется приобрести 200 мобильных комплексов для проведения диспансеризации: «Одним из важнейших направлений повышения доступности медицинской помощи сельским жителям является внедрение в работу первичного звена передвижных медицинских комплексов, включая врачебные амбулатории, «Центры здоровья», флюорографы».

Для обеспечения лекарственной помощи сельским жителям региональными органами управления здравоохранением организуется адресная доставка лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения.

В.И. Скворцова подчеркнула, что «мероприятия по организации и совершенствованию медицинской помощи сельскому населению на всех этапах ее оказания предусмотрены в рамках Государственной программы «Развитие здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года».

Первый Национальный съезд врачей Российской Федерации определил основные направления развития российского здравоохранения



5 октября 2012 года в Государственном Кремлевском Дворце прошел Первый Национальный съезд врачей Российской Федерации, ставший первым в истории современной России и третьим за всю историю нашей страны после I Всесоюзного съезда врачей в декабре 1925 года и Всесоюзного съезда врачей в октябре 1988 года.

В его работе приняло участие 5697 делегатов из 83 регионов нашей страны. Среди них 3556 врачей медицинских организаций всех уровней, 596 организаторов здравоохранения, 258 представителей государственных академий наук и научных организаций, 287 представителей высшей медицинской школы, 301 представитель ведомственной медицины, 272 главных врача областных, краевых и республиканских больниц, 427 главных врачей центральных районных и городских больниц.

Модернизация, развитие медицинской науки, консолидация врачебного сообщества, рост зарплат работников медицинского сектора и профилактическая направленность российской медицины станут ключевыми направлениями новой государственной политики в сфере здравоохранения. Об этом, открывая пленарное заседание Первого Национального съезда врачей Российской Федерации, заявила Министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова. Данный форум можно считать знаковым – в таком составе российские врачи в истории новой России не собирались ни разу после Всесоюзного съезда врачей в 1988 году.

Первым в своем видеообращении с открытием съезда делегатов поздравил Президент Российской Федерации В.В. Путин. Он отметил, что все конструктивные идеи и предложения обязательно будут востребованы на практике, в реализации государственной политики: «Знаю, что такой форум проходит впервые в нашей новейшей истории. Состав его участников уникален. Сегодня в зале врачи из всех регионов России, члены профсоюзных и общественных организаций, учёные и преподаватели вузов, руководители системы здравоохранения, то есть те, кто делает одно, общее благородное дело – заботятся о здоровье людей. Считаю возрождение общенациональных форумов врачей важным шагом в деле консолидации профессионального сообщества. Доступность и качество медицинской помощи – наш ключевой национальный приоритет. Подчеркну: выстраивая государственную политику, реализуя конкретные шаги в этой сфере, мы намерены опираться на мнение самих граждан и, конечно, на позицию профессионального медицинского сообщества. Чтобы добиться результата, нужен постоянный диалог и эффективные механизмы обратной связи. Развитие системы государственных гарантий медицинской помощи и современные подходы к организации здравоохранения, подготовка кадров и укрепление основ врачебной профессиональной этики, повышение общественного престижа медицинской профессии и продвижение ценностей здорового образа жизни – эти темы выходят да-

В.В. ПУТИН: «Развитие системы государственных гарантий медицинской помощи и современные подходы к организации здравоохранения, подготовка кадров и укрепление основ врачебной профессиональной этики, повышение общественного престижа медицинской профессии и продвижение ценностей здорового образа жизни – эти темы выходят далеко за рамки узкопрофессиональных вопросов и затрагивают жизнь всей страны».

леко за рамки узкопрофессиональных вопросов и затрагивают жизнь всей страны».

В каком направлении будет в ближайшие годы развиваться российское здравоохранение, делегатам рассказал Председатель Правительства Российской Федерации Д.А. Медведев. Он отметил, что события последних лет демонстрируют окончание системного кризиса в здравоохранении. В самое ближайшее время в правительство будет внесена государственная программа по развитию здравоохранения на период до 2020 года, а также при-

ступит к работе правительственная комиссия по охране здоровья граждан. Ее работа, позволит решить наиболее наболевшие проблемы отрасли – повысить качество медицинской помощи и медицинского образования, обеспечить развитие институтов государственно-частного партнерства и возможность реального выбора пациентом врача и медицинской организации: «Повышение продолжительности жизни людей, качества жизни, улучшение их здоровья являются одним из ключевых приоритетов социальной политики государства и, безусловно, будут приоритетом деятельности правительства. Именно по этим соображениям я принял решение лично возгла-

ся и зарплат работников бюджетного сектора, которые к 2018 году будут двукратно превышать уровень средней зарплаты по региону.

Министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова отметила, что происходящие сегодня структурные преобразования российской системы здравоохранения невозможны без консолидации врачебного сообщества. Данный процесс будет строиться на принципах профессионализма, чувства ответственности и равноправного диалога всех его сторон, а одним из основных изменений в организации работы отрасли в ближайшее время станет смещение основного вектора развития на профилактическую составляющую медицины: «Нам предстоит вернуться к ежегодной диспансеризации детей и подростков, регулярным профилактическим осмотрам и диспансеризации взрослого

Д.А. МЕДВЕДЕВ: «Повышение продолжительности жизни людей, качества жизни, улучшение их здоровья являются одним из ключевых приоритетов социальной политики государства и, безусловно, будут приоритетом деятельности правительства».

населения. Профилактическая деятельность врачей первичного звена должна занимать не менее 30% рабочего времени. Безусловно, для этого нам необходимы новые подходы к организации работы участковой службы, к тарифной политике, новые материальные стимулы оценки работы врача – не по количеству посещений больных и выписанных рецептов, а по конечному результату – состоянию здоровья прикрепленного населения, проценту заболеваний, выявленных на ранней, излечимой стадии» В своем докладе «Роль врачебного сообщества в реализации государственной политики в сфере охраны здоровья» она также рассказала о серьезных достижениях в отрасли за последние годы, и о важнейших задачах, стоящих сегодня перед медицинским сообществом: «Активная реализация запущенных в 2006 году Национального проекта «Здоровье», в 2011 году программ модернизации здравоохранения позволила существенно обновить инфраструктуру отрасли, переоснастить амбулаторные и стационарные лечебно-профилактические учреждения, инициировать информатизацию здравоохранения. Принятые за последние 2 года важнейшие системообразующие федеральные законы «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» и «Об обязательном медицинском страховании» определили главные направления всех преобразований российского здравоохранения для укрепления здоровья населения и достижения равной доступности качественной современной медицинской помощи для каждого гражданина страны. За 6 лет (с 2005 года) продолжительность жизни россиян увеличилась почти на 4 года, общая смертность снизилась на 16%, младенческая – на 33%, материнская – на 36%, смертность от болезней системы кровообращения – на 17%, от инсультов – на 28%, от туберкулеза – на 37%, от внешних причин – на 37%, в том числе от острых отравлений алкоголем – на 60%, от транспортных травм – на 26%. Безусловно, такие положительные изменения были

вить правительственную комиссию по охране здоровья граждан. Задача этой комиссии – сделать отечественную систему здравоохранения более современной, более эффективной, обеспечить гражданам, где бы они ни жили – в большом городе или маленьком провинциальном городке, или на селе, доступную квалифицированную медицинскую помощь».

Преодолена и базовая проблема отечественной медицины – хроническое недофинансирование отрасли. «Финансирование отрасли увеличилось за пять лет практически больше чем в 2,5 раза. В 2013 году консолидированные расходы на здравоохранение, то есть расходы всех субъектов и Федерации – и средств Фонда обязательного медицинского страхования, и средств субъектов Федерации – составят более 2,5 трлн. рублей. Это на самом деле очень значительные средства. В 2015 году эти средства достигнут 3 трлн. рублей. Иными словами, действительно деньги в системе здравоохранения есть, вопрос в их рациональном использовании», – указал Д.А. Медведев, подчеркнув, что с января 2013 года в отрасль также придут дополнительные деньги обязательного медицинского страхования.

Премьер-министр напомнил медикам и о необходимости перехода к единым стандартам, выравнивающим уровень медицинской помощи между регионами страны: «Министерство здравоохранения должно принять меры, чтобы повсеместно были введены единые современные стандарты оказания медицинской помощи. Наша важнейшая задача – сократить разрыв между регионами, между городским населением, с одной стороны, и сельским населением, в том числе решить проблему нехватки врачей, медсестёр в малых городах и сельской местности. Мы на это обращаем внимание уже достаточно давно, принимаем определённые меры во всяком случае за последние годы, но ситуация всё равно остаётся острой». Выравнивание социальных стандартов должно коснуть-

населения. Профилактическая деятельность врачей первичного звена должна занимать не менее 30% рабочего времени. Безусловно, для этого нам необходимы новые подходы к организации работы участковой службы, к тарифной политике, новые материальные стимулы оценки работы врача – не по количеству посещений больных и выписанных рецептов, а по конечному результату – состоянию здоровья прикрепленного населения, проценту заболеваний, выявленных на ранней, излечимой стадии» В своем докладе «Роль врачебного сообщества в реализации государственной политики в сфере охраны здоровья» она также рассказала о серьезных достижениях в отрасли за последние годы, и о важнейших задачах, стоящих сегодня перед медицинским сообществом: «Активная реализация запущенных в 2006 году Национального проекта «Здоровье», в 2011 году программ модернизации здравоохранения позволила существенно обновить инфраструктуру отрасли, переоснастить амбулаторные и стационарные лечебно-профилактические учреждения, инициировать информатизацию здравоохранения. Принятые за последние 2 года важнейшие системообразующие федеральные законы «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» и «Об обязательном медицинском страховании» определили главные направления всех преобразований российского здравоохранения для укрепления здоровья населения и достижения равной доступности качественной современной медицинской помощи для каждого гражданина страны. За 6 лет (с 2005 года) продолжительность жизни россиян увеличилась почти на 4 года, общая смертность снизилась на 16%, младенческая – на 33%, материнская – на 36%, смертность от болезней системы кровообращения – на 17%, от инсультов – на 28%, от туберкулеза – на 37%, от внешних причин – на 37%, в том числе от острых отравлений алкоголем – на 60%, от транспортных травм – на 26%. Безусловно, такие положительные изменения были

бы невозможны без увеличения финансового обеспечения здравоохранения (в 2,6 раза по сравнению с 2005 годом)».

Самые актуальные и злободневные вопросы, затронутые в докладе министра, сопровождались громкими аплодисментами медицинской общественности. К примеру, это касалось введения единовременных выплат 1 млн. рублей – важнейшей и эффективной инициативы Правительства РФ, благодаря которой только за 2012 год удалось пополнить сельскую местность 3900 врачами.

О необходимости восстановления разрушенной в 90-е годы системы диспансеризации и профилактических осмотров граждан заявил президент Российского медицинского общества, академик РАН и РАМН Е.И. Чазов. Кроме того, он напомнил о необходимости повышения престижа медицинской профессии и жестких мерах по отношению к средствам массовой информации, публикующих непроверенные, не соответствующие действительности факты.

«Пожалуй, никогда врачебная работа не подвергалась такой критике, как сейчас. Конечно, в нашем медицинском сообществе есть люди, которые недостойны высокого звания врача. И мы будем с ними бороться. Но абсолютное большинство врачей – это честные и самоотверженные труженики. Объективность – критерий отношения общества к врачу и нравственная позиция каждого гражданина. Эти люди сохраняют наше здоровье. И отношение к ним должно быть соответственным. А у врача должна быть защита», – подчеркнул академик Чазов.

В ходе форума В.И. Скворцова также указала на целый ряд системных недоработок в организации медицинской помощи, на которых в ближайшее время будет сосредоточено внимание отраслевого министерства. В их числе освобождение врача от огромного объема бумажной работы, большая открытость системы ОМС для участия медицинских организаций разных форм собственности, внедрение системы лекарственного страхования граждан и развитие первичной помощи в амбулаторных условиях с укреплением сети общеврачебных практик и ФАПов.

Кроме того, было отмечено, что в настоящий момент Россия представляет огромный потенциал для развития рынка биомедицинских технологий. В настоящее время в состоянии готовности находится сразу несколько биомедицинских проектов, которые могут быть реализованы в

инновационные продукты, не имеющие аналогов в мире.

Президент РАМН И.И. Дедов отметил, что в современных условиях развитие отечественной науки складывается непросто. В первую очередь, это связано с низким уровнем зарплат у сотрудников научной сферы: «Сегодня мы активно дискутируем на тему того, как в условиях сегодняшних преобразований сохранить не только потенциал, но и получить дополнительный импульс для развития. Но как интегрировать биомедицинскую науку в современную структуру здравоохранения, когда научный сотрудник получает сегодня 4 тыс. 400 руб., аспирант 6 тыс. руб., а после того как он защищает кандидатскую или докторскую, ему предлагают в качестве заработной платы те же деньги, независимо от того, имеет он научную степень или нет. Кто придет работать в фундаментальную медицину, да и вообще в медицину в целом, за такие деньги? Конечно, нам нужно выравнять эту ситуацию».

Значительное внимание участников форума получила тема медицинского образования, которое переживает эпоху серьезной реорганизации. Значительные изменения, которые в ближайшем будущем затронут систему медицинского образования, прокомментировал ректор Первого МГМУ им. И.М. Сеченова П.В. Глыбочко: «Основная задача, которая ставится перед медицинскими вузами страны – усилить практическую направленность подготовки, внедрить в учебный процесс инновационные технологии, а также создать эффективные механизмы для привлечения выпускников в практическую медицину, в первую очередь за счет совершенствования системы целевого приема. ВУЗы готовы и способны готовить кадры. Но прежде всего региональная власть должны быть заинтересованы в получении специалиста. Для этого регион должен обеспечить комплекс мероприятий, как на протяжении обучения, так и в процессе работы молодого специалиста, предоставив ему необходимый социальный пакет. В настоящее время обсуждается пилотный проект по целевой подготовке с привлечением субсидий и региональных выплат. Нам представляется, что наиболее эффективным механизмом его реализации является система целевой контрактной подготовки. Это даст нам возможность уйти от всех дискуссий по поводу распределения и решить кадровую проблему в регионе, на селе, и закрепить врачей в тех больницах, которые их направили на обучение».



ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

от 8 октября 2012 г. N 1864-р

О составе Правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан

Утвердить прилагаемый состав Правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан.

Председатель Правительства
Российской Федерации
Д. МЕДВЕДЕВ

Утвержден
распоряжением Правительства
Российской Федерации
от 8 октября 2012 г. N 1864-р

СОСТАВ ПРАВИТЕЛЬСТВЕННОЙ КОМИССИИ ПО ВОПРОСАМ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН

Медведев Д.А.	- Председатель Правительства Российской Федерации (председатель Комиссии)	Кутяин Н.Г.	- руководитель Ростехнадзора
Голодец О.Ю.	- Заместитель Председателя Правительства Российской Федерации (заместитель председателя Комиссии)	Ливанов Д.В.	- Министр образования и науки Российской Федерации
Аюшеев Д.Б.	- глава Буддийской традиционной сангхи России (по согласованию)	Мантуров Д.В.	- Министр промышленности и торговли Российской Федерации
Белоусов А.Р.	- Министр экономического развития Российской Федерации	Мединский В.Р.	- Министр культуры Российской Федерации
Берл Лазар	- главный раввин России (по согласованию)	Мутко В.Л.	- Министр спорта Российской Федерации
Борисов С.Р.	- президент Общероссийской общественной организации малого и среднего предпринимательства «ОПОРА РОССИИ» (по согласованию)	Никифоров Н.А.	- Министр связи и массовых коммуникаций Российской Федерации
Гайнутдин Р.	- муфтий, председатель Совета муфтиев России, (Гайнутдинов Р.И.) председатель Духовного управления мусульман Европейской части России (по согласованию)	Онищенко Г.Г.	- руководитель Роспотребнадзора
Дайхес Н.А.	- председатель Комиссии по контролю за реформой и модернизацией системы здравоохранения и демографии Общественной палаты Российской Федерации (по согласованию)	Пантелеимон	- (Шатов А.В.) епископ Смоленский и Вяземский (по согласованию)
Дедов И.И.	- президент Российской академии медицинских наук	Рошаль Л.М.	- президент некоммерческого партнерства «Национальная медицинская палата» (по согласованию)
Донской С.Е.	- Министр природных ресурсов и экологии Российской Федерации	Рязанский В.В.	- председатель Комитета Совета Федерации по социальной политике (по согласованию)
Иванов В.П.	- директор ФСКН России	Сердюков А.Э.	- Министр обороны Российской Федерации
Калашников С.В.	- председатель Комитета Государственной Думы по охране здоровья (по согласованию)	Силуанов А.Г.	- Министр финансов Российской Федерации
Карелова Г.Н.	- первый заместитель председателя Комитета Государственной Думы по труду, социальной политике и делам ветеранов (по согласованию)	Скворцова В.И.	- Министр здравоохранения Российской Федерации (ответственный секретарь)
Катырин С.И.	- президент Торгово-промышленной палаты Российской Федерации (по согласованию)	Соколов М.Ю.	- Министр транспорта Российской Федерации
Колокольцев В.А.	- Министр внутренних дел Российской Федерации	Стадченко Н.Н.	- председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Коновалов А.В.	- Министр юстиции Российской Федерации	Суринов А.Е.	- руководитель Росстата
Кувшинников О.А.	- губернатор Вологодской области	Топилин М.А.	- Министр труда и социальной защиты Российской Федерации
Кузьменко М.М.	- председатель Профсоюзного союза работников здравоохранения Российской Федерации (по согласованию)	Федоров Н.В.	- Министр сельского хозяйства Российской Федерации
		Чуян И.П.	- руководитель Росалкогольрегулирования
		Шмаков М.В.	- председатель Федерации независимых профсоюзов России (по согласованию)
		Шохин А.Н.	- президент Общероссийской общественной организации «Российский союз промышленников и предпринимателей» (по согласованию)

Министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова посетила Ставропольский край с рабочим визитом

30 июля – 1 августа 2012 г.



Государственное бюджетное учреждение Ставропольского края «Ставропольский краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи» – крупнейшее лечебное учреждение Ставропольского края, способное оказывать помощь пациентам с любой патологией

В.И. СКВОРЦОВА: *«Вопрос с кадрами на Ставрополье стоит более остро, чем в целом по стране. Если по России приходится 43 врача на 10 тысяч населения, то в вашем крае – всего 34. Речь идет и о дефиците среднего медицинского персонала. И здесь возникает парадокс – с одной стороны, в регионе находится один из лучших медицинских вузов страны, с другой – острая проблема с кадрами. Мы должны все вместе проанализировать и поправить ситуацию».*

В программу рабочей поездки Министра здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой в Ставропольский край входило проведение проверки организации оказания медицинской помощи на территории Ставропольского края. В состав делегации вошли ВРИО руководителя Росздравнадзора Е.А. Тельнова, заместитель председателя ФОМС С.А. Карчевская, начальник управления организации ОМС ФОМС С.Г. Кравчук, руководитель территориального управления Росздравнадзора А.Д. Антоненко. Комиссия во главе с министром здравоохранения В.И. Скворцовой подвергла строгой оценке порядок

оказания медицинской помощи в разрезе современной 3-уровневой системы – первичной, специализированной и высокотехнологичной, развития профилактического направления, провела анализ реализации программы модернизации здравоохранения, деятельности учреждений здравоохранения материнства и детства.

В рамках рабочей поездки в Ставропольском краевом клиническом центре специализированных видов медицинской помощи состоялось совещание, на котором были обсуждены наиболее важные аспекты развития здравоохранения региона. В.И. Скворцова отметила,

что недочеты в исполнении программы модернизации есть, но с ними можно и нужно справляться. В регионе необходимо разработать комплекс мер по приведению здравоохранения к современной модели оказания медицинской помощи.

В.И. Скворцова посетила Ставропольскую государственную медицинскую академию, где ознакомилась с работой Отдела инноваций и интеллектуальной собственности и Центра практических навыков, открывшихся в 2012 году. Министр отметила качественную работу СГТМА по подготовке медицинских кадров и поделилась планами по созданию высокотехнологичных научно-образовательных кластеров на базе десяти самых сильных российских медицинских образовательных учреждений, в число которых, возможно, войдет и Ставропольская медицинская академия.

В ходе беседы с представителями СМИ и студентами о состоянии здравоохранения Ставропольского края В.И. Скворцова обратила внимание на сложившуюся проблему кадрового обеспечения медицинских учреждений края. – «Вопрос с кадрами на Ставрополье стоит более остро, чем в целом по стране. Если по России, – отметила министр, – приходится 43 врача на 10 тысяч населения, то в вашем крае – всего 34. Речь идет и о дефиците среднего медицинского персонала. И здесь возникает парадокс – с одной стороны, в регионе находится один из лучших медицинских вузов страны, с другой – острая проблема с кадрами. Мы должны все вместе проанализировать и поправить ситуацию».

Межведомственной комиссией были проведены проверки государственных и муниципальных медицинских учреждений Ставропольского края. Анализ реализации программы модернизации здравоохранения показал, что в регионе следует усилить контроль за исполнением проведения мероприятий программы.

По итогам проверки межведомственная комиссия внесла ряд предложений для более эффективного развития региона:

- с учётом опыта реализации мероприятий по созданию единой государственной информационной системы в здравоохранении на территории Ставрополья, необходимо увеличить количество медицинских организаций, подключенных к сервису «Запись на прием к врачу в электронном виде»;
- необходимо внедрить стандарты, обеспечивающие использование современных технологий, сокращающих пребывание пациента в стационаре;



Посещение Ставропольской краевой клинической больницы, справа налево – главный врач Центра В.И. Кошель, заместитель председателя Правительства Ставропольского края Ткачев Г.В., Министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова, заместитель руководителя Росздравнадзора Е.А. Тельнова



Участники совещания у здания Ставропольской государственной медицинской академии

- разработать план мероприятий по совершенствованию взаимодействия учреждений разных уровней;
- решить проблему кадрового обеспечения медицинских учреждений, разработать комплекс мер, направленных на сокращение дефицита врачей анестезиологов-реаниматологов и неонатологов;
- особое внимание уделить ускорению создания центров медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

О внесении изменений в Устав Федерального фонда обязательного медицинского страхования

В соответствии с частью 1 статьи 33 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон) правовое положение Федерального фонда обязательного медицинского страхования определяется федеральным законом о государственных социальных фондах, названным Федеральным законом, другими федеральными законами и Уставом Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденным Правительством Российской Федерации.

Частью 13 статьи 51 Федерального закона установлено, что до дня вступления в силу федерального закона о государственных социальных фондах правовое положение Федерального фонда определяется действующим до дня вступления в силу указанного федерального закона Уставом Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – Устав).

Таким образом, в настоящее время правовое положение Федерального фонда определяется Федеральным законом и Уставом, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 29.07.1998 № 857.

Однако отдельные положения Устава, определяющие задачи и функции Федерального фонда, не соответствуют полномочиям Федерального фонда, установленным частью 8 статьи 33 Федерального закона.

Количественный состав правления Федерального фонда следует привести в соответствие с частью 4 статьи 33 Федерального закона.

Подготовленный проект постановления Правительства Российской Федерации «О внесении изменений в устав Федерального фонда обязательного медицинского страхования» направлен на приведение положений Устава в соответствие с вышеназванными нормами Федерального закона.



ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 15 августа 2012 г. № 830

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В УСТАВ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Правительство Российской Федерации постановляет:

1. Утвердить прилагаемые изменения, которые вносятся в устав Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденный постановлением Правительства Российской Федерации от 29 июля 1998 г. № 857 (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 32, ст. 3902; 2004, № 51, ст. 5206; 2007, № 1, ст. 309; 2008, № 44, ст. 5087; 2009, № 26, ст. 3185).

2. Признать утратившим силу пункт 2 изменений, которые вносятся в устав Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 27 октября 2008 г. № 782 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2008, № 44, ст. 5087).

Председатель Правительства
Российской Федерации



Д.Медведев

Утверждены
постановлением Правительства
Российской Федерации
от 15 августа 2012 г. N 830

ИЗМЕНЕНИЯ, КОТОРЫЕ ВНОСЯТСЯ В УСТАВ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1. По тексту слова «Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации» в соответствующем падеже заменить словами «Министерство здравоохранения Российской Федерации» в соответствующем падеже, слова «Министр здравоохранения и социального развития Российской Федерации» в соответствующем падеже заменить словами «Министр здравоохранения Российской Федерации» в соответствующем падеже.

2. Раздел II признать утратившим силу.

3. Наименование раздела III изложить в следующей редакции: «III. Полномочия Федерального фонда».

4. Пункт 8 изложить в следующей редакции: «8. Федеральный фонд:

1) участвует в разработке программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

2) аккумулирует средства обязательного медицинского страхования и управляет ими, формирует и использует резервы для обеспечения финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации;

3) получает от органа, осуществляющего контроль за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное медицинское страхование, необходимую информацию для осуществления обязательного медицинского страхования;

4) имеет право начислять в соответствии со статьей 25 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и взыскивать со страхователей для неработающих граждан недоимку по страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения, штрафы и пени в порядке, аналогичном порядку, установленному статьей 18 Федерального закона «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования»;

5) устанавливает формы отчетности и определяет порядок ведения учета и порядок ведения отчетности оказанной медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

6) издает нормативные правовые акты и методические указания в соответствии с полномочиями, установленными Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

7) утверждает формы заявлений, реестров счетов, актов, иных документов, указанных в нормативных правовых актах, предусмотренных Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», и порядок их заполнения, если иное не установлено этим Федеральным законом;

8) осуществляет контроль за соблюдением субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского страхования законодательства об обязательном медицинском страховании и за использованием ими средств обязательного медицинского страхования, в том числе проводит проверки и ревизии;

9) определяет общие принципы построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования;

10) ведет единый реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;

11) ведет единый реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;

- 12) ведет единый реестр экспертов качества медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
- 13) ведет единый регистр застрахованных лиц;
- 14) имеет право обрабатывать данные персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 15) в пределах своих полномочий проводит проверку достоверности информации, предоставленной субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского страхования, и проверку соблюдения требований к порядку и условиям ее предоставления, получения и использования;
- 16) обеспечивает в пределах своей компетенции защиту сведений, составляющих информацию ограниченного доступа;
- 17) осуществляет международное сотрудничество в сфере обязательного медицинского страхования;
- 18) осуществляет подготовку, переподготовку и повышение квалификации кадров, в том числе за пределами территории Российской Федерации, для Федерального фонда и территориальных фондов в целях осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования;
- 19) осуществляет организацию научно-исследовательской работы по вопросам обязательного медицинского страхования.».

5. В пункте 19:

- а) в абзаце первом слова «в количестве 13 человек» заменить словами «в количестве 11 человек»;
- б) в абзаце седьмом слова «одного раза в 3 месяца» заменить словами «4 раз в год».

Новые кадровые назначения

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Амурской области



Гаврилова Тамара Петровна назначена на должность Директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Амурской области на основании распоряжения Губернатора Амурской области от 14.11.2011 г. № 335-к.

Гаврилова Т.П. родилась 29 августа 1954 г. Образование высшее. В 1979 г. окончила Благовещенский государственный медицинский институт по специальности «Лечебное дело», доктор медицинских наук, в 1998 г. окончила Кемеровский государственный университет по специальности «Экономика и управление на предприятии».

В 1979 г. - интернатура по терапии в городской больнице № 3, г. Благовещенск.

С 1979 по 1982 гг. - старший лаборант кафедры госпитальной терапии Благовещенского медицинского института, г. Благовещенск.

С 1982 по 1984 гг. - клиническая ординатура госпитальной терапии, г. Благовещенск.

В 1984 г. - и.о. ассистента кафедры внутренних болезней БГМИ, г. Благовещенск. С 1989 по 1990 гг. - врач-методист ОМО Амурской областной больницы, г. Благовещенск. С 1990 по 1994 гг. - заместитель главного врача по экономическим вопросам Амурской областной больницы, г. Благовещенск. В 1994 г. - заместитель директора по организации медицинского страхования, исполнительный директор Амурского областного ФОМС, г. Благовещенск. С 1994 по 1999 гг. - заместитель директора по организации медицинского страхования, г. Благовещенск. С 1999 по 2001 гг. - первый заместитель исполнительного директора Амурского областного ФОМС, г. Благовещенск. С 2001 по 2005 гг. - исполнительный директор Амурского областного ФОМС, г. Благовещенск. С 2007 по 2008 гг. - заместитель главного врача по экономическим вопросам городской поликлиники № 3, г. Благовещенск. С 2008 по 2011 гг. - первый заместитель директора ТФОМС Амурской области.

В 2011 г. - и.о. директора ТФОМС Амурской области.

Хабаровский краевой фонд обязательного медицинского страхования



Пузакова Елена Викторовна назначена на должность Директора Хабаровского краевого фонда обязательного медицинского страхования на основании распоряжения Губернатора Хабаровского края от 14.09.2012 г. № 142-рк.

Родилась 24 апреля 1965 г., г. Хабаровск. Образование высшее. В 1990 г. окончила Хабаровский государственный медицинский институт по специальности «Лечебное дело». В 2004 г. окончила с отличием Дальневосточную академию государственной службы по специальности «Юриспруденция».

08.1990 - 06.1991 гг. - интернатура по терапии, Краевая клиническая больница № 1 г. Хабаровска. 08.1991 - 08.1994 гг. - терапевт Краевой клинической больницы № 1 г. Хабаровска. 06.1995 - 12.2001 гг. - врач выездной бригады станции скорой медицинской помощи г. Хабаровска. 01.2002 - 08.2005 гг. - ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Хабаровскому краю», терапевт-эксперт. 08.2005 - 12.2011 гг. - начальник отдела обязательного медицинского страхования, врач-эксперт (организатор), заместитель директора филиала, исполнительный директор, директор Хабаровского филиала ОАО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» (ОАО «Газпроммедстрах»).

12.2011 - 09.2012 гг. - заместитель директора Хабаровского филиала «РОСНО-МС» ОАО «РОСНО-МС».

Награды: За добросовестный труд в области медицинского страхования и в связи с десятилетием со дня образования ОАО «Газпроммедстрах», награждена почётной грамотой Межрегионального союза медицинских страховщиков.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Омской области



Спинов Владимир Иванович назначен на должность Директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Омской области на основании распоряжения Правительства Омской области от 26.09.2012 г. № 146-рп.

В.И. Спинов родился 23 марта 1956 г. в селе Вольное Полтавского района Омской области. Образование высшее. В 1979 г. окончил лечебный факультет Омского ордена Трудового Красного Знамени государственного медицинского института имени М.И. Калинина. Кандидат медицинских наук.

В 1997 г. получил второе высшее образование в «Центре правовых и экспертных проблем медицины» Московской медицинской академии имени И.М. Сеченова в г. Москве с присвоением квалификации юриста системы здравоохранения. В 2003 г. прошел курс повышения квалификации по специальности «Менеджмент и экономика медицинского учреждения».

Свой профессиональный путь В.И. Спинов начал, еще обучаясь в медицинском институте, в Иртышской Центральной бассейновой клинической больнице (ныне ФГУ «Западно-Сибирский медицинский центр федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию») санитаром; с 1979 г. – врач-терапевт-интерн, врач-терапевт участковый в Сургутской линейной поликлинике, заведующий плавучей поликлиникой «Здоровье»; с 1983 г. – заместитель главного врача Иртышской Центральной бассейновой клинической больницы по поликлинике.

С 1990 по 1992 гг. – главный врач санатория-профилактория «Меркурий».

С 1992 по 2000 гг. – главный врач поликлиники завода синтетического каучука. С 2000 по 2012 гг. – главный врач муниципального учреждения здравоохранения «Городская поликлиника № 4».

С 1998 г. имеет высшую квалификационную категорию по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье».

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ульяновской области



Дегтярь Павел Сергеевич назначен на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ульяновской области на основании распоряжения Правительства Ульяновской области от 22 октября 2012 г. №592-пр/к.

П.С. Дегтярь родился 15 февраля 1981 г. Образование высшее. В 2004 г. окончил Самарский государственный медицинский университет по специальности «Лечебное дело», врач-психиатр. В 2007 г. окончил Саратовский юридический институт МВД РФ по специальности «Юриспруденция».

С 2004 по 2005 гг. – врач-интерн ГУЗ «Областная психиатрическая больница им. К.Р. Евграфова».

С 2005 по 2006 гг. – врач-психиатр, врач психиатр-нарколог отделения психиатрии-наркологии ФГУЗ «Медико-санитарной части № 59 ФМБА России».

С 2006 по 2007 гг. – главный специалист отдела организации медицинской помощи Управления здравоохранения г. Пензы.

С 2007 по 2009 гг. – ведущий специалист, главный специалист, начальник отдела оказания медицинской помощи взрослому населению Министерства здравоохранения и социального развития Пензенской области.

В 2009 г. работал главным специалистом-экспертом отдела развития медицинского страхования и платных услуг Министерства здравоохранения и социального развития Пензенской области.

С 2009 по 2010 гг. – помощник министра здравоохранения и социального развития Пензенской области.

В 2010 г. работал начальником отдела организации медицинской помощи и развития здравоохранения Министерства здравоохранения и социального развития Пензенской области.

С 2010 по 2012 гг. – заместитель министра здравоохранения и социального развития Пензенской области.

П.С. Дегтярь имеет классный чин действительного государственного советника Пензенской области 3 класса, благодарности Министерства здравоохранения и социального развития Пензенской области, Губернатора Пензенской области, медаль «За заслуги в проведении Всероссийской переписи населения 2010».

А.В. Юрин: «Если ничего не делать, то вообще останемся без врачей на селе»



А.В. Юрин,
заместитель министра
здравоохранения Российской
Федерации

За полгода, прошедшие с начала работы закона № 326, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования получил 2100 заявок о выплате миллиона молодым врачам за переезд на село. О том, как работает новый закон, корреспонденту «Власти» Андрею Гришковцу рассказал заместитель министра здравоохранения Российской Федерации А.В. Юрин.

Почему государство обратило внимание именно на сельских врачей? У нас что, в городских больницах хватает специалистов?

Специалистов не хватает везде. Но в городе мы как-то можем оперативно решать текущие вопросы с нехваткой врачей. Например, участковый ушел в отпуск или уволился – его коллега может поработать на две ставки. На селе это не всегда возможно чисто физически: больше расстояния. Так что, если у нас нет сельского участкового врача, люди вовсе остаются без какой-либо медицинской помощи. На момент принятия закона было понятно, что кадровый вопрос остро стоит в отрасли в целом. Но мы постарались выделить то, что не терпит никаких промедлений.

Закон обязывает врача, получившего компенсацию, отработать пять лет. При этом получить компенсацию за переезд можно только в 2012 году. Что будет потом? Не лучше ли было разработать систему, которая стимулировала бы трудовую миграцию более комплексно и на более длительный срок?

Сейчас мы экстренно решаем вопрос. Наполнив больницы специалистами на ближайшие пять лет, мы получим возможность в более спокойной обстановке соз-

давать новые стимулы для переезда врачей. Например, законодательная поддержка в профессиональном росте: отработал три года на селе, показал себя с лучшей стороны – получаешь преимущество при переходе на работу в крупный областной или республиканский лечебный центр. Будем решать вопрос об увеличении зарплат.

Почему государство решило ограничиться только одним годом для введения компенсационных выплат? Денег не хватило?

Это не один год. Два. Мы платим и тем, кто переехал в 2011 году. По сути, мы проводим эксперимент. По его результатам примем решение, как поступать дальше. Я считаю, что вопросы стимулирования внутренней трудовой миграции врачей должны решаться региональными властями. Просто Федеральный фонд обязательного медицинского страхования получил дополнительные объемы финансирования (6,5 млрд руб. – «Власть»), поэтому сейчас платим мы, а вообще переезд врача – это не страховой случай. Поэтому в дальнейшем, думаю, кадровые вопросы будут решаться на местах. На первых порах, если возникнет такая необходимость, возможно, будем помогать региональным властям.

Почему решили ограничить возраст врача-мигранта 35 годами? Не опасаетесь ли вы конфликтов переехавшей молодежи и людей, которые работают на селе давно и при этом ничего дополнительно не получают?

Я по-другому ставлю вопрос. Как будет лучше: если ничего не делать или если дать молодому доктору миллион рублей, из-за которого к нему, может, кто-то и будет

относиться недоброжелательно? Если ничего не делать, то вообще останемся без врачей на селе. Мы понимаем, что сейчас едут люди, только что закончившие обучение, без большого опыта работы. Им будет непросто. Но многие привыкнут – и мы получим реальную трудовую смену на годы вперед. Впрочем, положения закона не догма. В дальнейшем мы или региональные власти можем скорректировать возрастной ценз. Или совсем убрать ограничения.

Закон не ограничивает возможности траты компенсации, полученной врачом. Вы не опасаетесь, что молодые люди не лучшим образом распорядятся деньгами, а потом будут искать способы любым путем избежать пятилетней кабалы? Не проще ли было ограничить траты, как это сделано при получении материнского капитала, например?

Ограничения могут отсеять какое-то количество людей. Посмотрим, как будет получаться. Мы внимательно следим за ситуацией. Может быть, в дальнейшем введем ограничения.

Во многих областях, в Воронежской в частности, компенсации за переезд получают «целевики». Федеральное правительство (или областное) оплатило их обучение в институте с тем условием, что они отрабатывают на селе три года после обучения. Зачем было тратить деньги на людей, которые и так поехали бы работать в деревню?

Смысл выплат не только в том, чтобы привлечь максимально возможное число людей на село. Кроме этого мы хотим материально поддержать молодых врачей. Что в этом плохого? Может, это заставит их еще лучше относиться к своей профессии и государству.

*Коммерсант.ru Власть, Москва,
(18-06-2012)*

Об увеличении количества медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования



С.Г. Кравчук,
начальник Управления органи-
зации ОМС Федерального фонда
обязательного медицинского
страхования

По данным отраслевой отчетной формы № 62 «Сведения о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи», изменение числа медицинских организаций за период 2009-2011 гг. представлено в нижеприведенной таблице.

Наименование показателя	2009	2010	2011
Медицинские организации Российской Федерации	11517	11273	11011
Медицинские организации сферы ОМС	8147	8160	8172

Уменьшение общего числа медицинских организаций, участвующих в реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, вызвано процессами оптимизации медицинской сети в связи с реорганизацией, укрупнением и объединением медицинских организаций. При этом, объемы оказываемой медицинской помощи увеличиваются.

Увеличивается количество медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе в связи с возрастанием числа ведомственных и негосударственных медицинских организаций, входящих в систему обязательного медицинского страхования. В условиях реализации Федерального закона от 29.11.2011 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» значительно расширились возможности участия в системе обязательного медицинского страхования медицинских организаций всех форм собственности.

В 2013 г. в связи с переходом на полный тариф сохранится тенденция к увеличению количества негосударственных медицинских организаций, входящих в систему ОМС. Рост числа медицинских организаций усиливает конкуренцию на рынке обязательного медицинского страхования и расширяет для застрахованных граждан возможности выбора.

О мероприятиях по улучшению демографической ситуации



А.Л. Линденбратен,
заместитель директора по
научно-исследовательской
работе Национального НИИ
общественного здоровья РАМН,
д.м.н, профессор

Одной из задач Федерального фонда ОМС при проведении дополнительной диспансеризации является обеспечение рационального использования средств по этому направлению деятельности.

Сама идея диспансеризации не вызывает сомнения, если под ней понимать не проведение разовых медицинских осмотров, а определение состояния здоровья осматриваемых контингентов и потребности их в различных профилактических или лечебных мероприятиях с последующим динамическим наблюдением для определения эффективности проведенной работы.

При этом необходимо, во-первых, оптимальное формирование программы диспансеризации с использованием

современных методов обследования и привлечением различных специалистов с доказанной эффективностью. Во-вторых, соответствующее ресурсное обеспечение не только осмотров, но и последующих профилактических и лечебных мероприятий. И, наконец, необходима целенаправленная политика развития диспансеризации с максимальным использованием механизмов мотивации. Те 30-40% населения, регулярно проходящих осмотры, складываются из желающих их пройти по собственной воле и направленных в принудительном порядке. Для учреждений и врачей эта нагрузка зачастую отрывает от лечебно-диагностической работы. Необходимо, чтобы врач, прежде всего первичного звена, был заинтересован в укреплении здоровья обслуживаемого населения, но для этого в его зарплате в большей степени должна учитываться проводимая работа по сохранению здоровья и профилактике, а не количество медицинских услуг пациентам.

А население должно не только теоретически понимать, что регулярное прохождение диспансеризации является необходимой процедурой своевременного контроля за состоянием здоровья и предотвращения заболеваемости в тяжелых и поздних формах, но и быть реально заинтересованным в этом.

О платных медицинских услугах в здравоохранении*



А.Л. Линденбротен,
заместитель директора по
научно-исследовательской
работе Национального НИИ
общественного здоровья РАМН,
д.м.н., профессор

Чтобы прояснить ситуацию с платными услугами, надо, прежде всего, понять, что не существует бесплатных услуг (за исключением индивидуальных взаимоотношений). Осуществление любых услуг, в том числе и медицинских, связано с затратами, которые должны быть оплачены. Поэтому речь правильнее вести не о том, платно или бесплатно оказываются медицинские услуги, а о том, за счет каких средств (бюджета, страховых, личных и т.д.), то есть определить, кто является плательщиком. Хотя в любом случае, в конечном итоге, им является налогоплательщик, который или использует принцип общественной солидарности в виде формирования бюджетных средств и средств медицинского страхования, или принцип личной ответственности за состояние своего здоровья в виде оплаты услуг при обращении за медицинской помощью.

С платными услугами в коммерческих организациях, которые создаются для их оказания и получения прибыли, все достаточно ясно.

Сложнее ситуация в государственных, муниципальных учреждениях. Их учреждают соответствующие органы для обеспечения медицинской помощью определенных контингентов населения (по месту жительства, возрасту, профилю заболеваний и т.д.). Они же, используя имеющиеся средства, переданные им налогоплательщиками (страхователями) по принципу общественной солидарности, должны обеспечить ресурсами деятельность этих медицинских учреждений в необходимом объеме. Вот тут и «зарыта собака».

Если учредители или плательщики совместно с учреждениями правильно спланировали объем работы, исходя из потребности соответствующих контингентов населения в медицинской помощи, и необходимые для этого ресурсы (кадровые, финансовые, материально-техническую базу и др.), включая, кстати, и соответствующую заработную плату, то в учреждении не останется ни сил, ни времени, ни желания делать еще что-то в виде дополнительных «платных» услуг. В реальности же, в условиях недофинансирования, когда тарифы, по которым оплачиваются медицинские услуги страховщиком ниже их себестоимости, когда зарплата медицинского работника оказывается на уровне «прожиточного минимума» (но при этом почти нигде не выполняется уже подзабытый показатель «функция врачебной должности»), то естественно появляется и время, и силы, и, уж точно, желание использовать любую возможность для получения дополнительных средств в виде платных услуг, что мы сегодня и наблюдаем.

На мой взгляд, выходу из этого положения может способствовать функционирование системы на договорной основе, когда учредители и плательщики, с одной стороны, и учреждения, с другой стороны, заключают договор, регламентирующий их права, обязанности и, самое главное, ответственность, когда одна сторона обязана обеспечить другую соответствующими ресурсами, но и имеет право проверять их использование, а другая обязана выполнить соответствующий объем работы на должном уровне, но и потребовать оговоренные ресурсы, а обе несут ответственность за выполнение договорных условий.

Конечно, Федеральным фондом ОМС в последние годы много сделано для модернизации системы обязательного медицинского страхования: он централизовал саму систему, реализует принципы одноканального финансирования. Считаю, что верным шагом будет также введение упрощенных финансовых потоков.

* Текст Постановления Правительства Российской Федерации № 1006 от 4 октября 2012 г. «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» публикуется в разделе «Нормативные акты» на стр. 62-66.

О деятельности врачей-экспертов в сфере обязательного медицинского страхования



Д.Ю.Кузнецов,
президент Межрегионального
союза медицинских страхов-
щиков

Согласно части 7 статьи 40 Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» предъявляются достаточно жесткие требования к экспертам качества медицинской помощи: «Экспертом качества медицинской помощи является врач – специалист, имеющий высшее профессиональное образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования». Экспертизу качества медицинской помощи, оказанной застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, проводят врачи-эксперты, включенные в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи только по ходатайству одного из нижеперечисленных органов или организаций:

- органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения;
- управления Росздравнадзора по субъекту Российской Федерации;
- профессиональной медицинской ассоциации;
- общественного объединения специалистов медицинского профиля;
- медицинской организации;
- страховой медицинской организации.

Согласно приказу Федерального фонда ОМС от 13.12.2011 г. № 230 «Об утверждении Порядка ведения территориального реестра экспертов качества медицинской

помощи территориальным фондом обязательного медицинского страхования и размещения его на официальном сайте территориального фонда обязательного медицинского страхования в сети Интернет», реестры экспертов качества медицинской помощи публикуются на сайтах ТФОМС. Так, в реестр экспертов качества медицинской помощи, ведение которого осуществляет Московский городской фонд обязательного медицинского страхования, опубликованный на сайте фонда, включено 185 экспертов, из которых 97 имеют ученую степень кандидатов и докторов медицинских наук, 22 имеют ученое звание профессора или доцента, 133 эксперта имеют высшую квалификационную категорию и 11 – первую квалификационную категорию. 45 экспертов, включенных в реестр, имеют медицинский стаж от 10 до 15 лет, 60 экспертов – от 16 до 25 лет и 80 экспертов имеют медицинский стаж свыше 25 лет.

Вневедомственный контроль объемов и качества медицинской помощи, являющийся одной из основных функций страховых медицинских организаций, ориентирован на защиту прав застрахованных и рациональное использование финансовых средств обязательного медицинского страхования. Осуществляемый в тесном взаимодействии с медицинскими организациями и органами управления здравоохранения, он позволяет оптимизировать процесс расходования средств системы ОМС, повысить удовлетворенность населения оказываемой медицинской помощью (и, естественно, снизить количество жалоб на ненадлежащее качество медицинской помощи), повысить уровень доступности медицинской помощи для застрахованных граждан. И в заключение: эффективность функционирования системы здравоохранения не только связана, но и напрямую зависит от уровня качества медицинской помощи. В современных условиях деятельность врача-эксперта, не ограничивающаяся констатацией факта какого-либо выявленного нарушения со стороны медицинской организации, является одним из важнейших инструментов в системной работе по повышению уровня качества медицинской помощи, оказываемой застрахованным гражданам.

О введении электронной записи в амбулаторно-поликлинических учреждениях



Г.А. Щербаков,
заместитель председателя
Профсоюза работников
здравоохранения РФ

Мы знаем, что все поликлиники страны должны перейти на электронную запись до 1 декабря текущего года. Я считаю, что введение электронной записи в поликлиниках упорядочит и организует работу учреждения, освободит медработника, работающего с пациентом, от излишней бумажной волокиты. Сам врач сможет продуктивно распределять свое время, т.к. уже будет знать – сколько пациентов записано к нему на прием. Мы сле-

дим за реакцией врачебного сообщества и пациентов на введение электронной записи, и уже сейчас можно говорить, что, да, действительно, она значительно улучшила работу поликлиники, избавила ее от «живых» очередей к специалистам.

Появление инфоматов в российских поликлиниках является лишь одним из шагов по реализации долгосрочной программы модернизации здравоохранения. Однако введение электронной записи выявило и некоторые проблемы, которые тоже нужно будет решать в рамках информатизации отрасли. Так, например, в электронной системе не видно, когда специалист находится в отпуске, и сотрудники поликлиники вынуждены по телефону сообщать об этом своим пациентам. Но, несмотря на это, введение электронных записей, несомненно, является важным шагом по улучшению доступности и качества бесплатной медицинской помощи по программам обязательного медицинского страхования.

О порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг



Ю.А. Бондарев,
первый заместитель
генерального директора
ОАО «Росно-МС»

Порядок оказания платных медицинских услуг, разработанный Минздравом, породил активную общественную полемику. У некоторых участников дискуссии документ вызвал опасения в том, что на практике возможность получения бесплатных услуг может стать полем для коррупции; при этом платные услуги будут явно или скрыто навязываться пациентам. Было высказано много не только критических замечаний, но и конкретных деловых предложений представителями страхового сообщества, членами медицинских ассоциаций, владельцами частных медицинских клиник, а также простыми гражданами.

При введении платных медицинских услуг в медицинских организациях, работающих в системе ОМС, нужно помнить, что исполнение Федерального Закона № 326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской

ской Федерации» должно оставаться неукоснительным и обеспечивать решение двух главных задач – реализацию прав граждан на своевременное получение качественной бесплатной медицинской помощи в гарантированном государством объеме, а также эффективную защиту этих прав и полноценное информирование пациентов о нормах законодательства. Введение платных медицинских услуг не только подтвердит, но и укрепит приоритетность этих задач для страховых медицинских организаций.

Одновременно в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» существуют статьи, регулирующие условия, при которых медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги. Однако не все граждане хорошо ориентируются в этом законодательстве, не говоря уже о способности критически взвесить рекомендации на получение той или иной платной услуги, особенно когда пациент опасается за свое здоровье. К сожалению, примеров злоупотребления доверчивостью граждан, а порой и открытого мошенничества – масса. Вот тут страховые медицинские компании должны стать для них в буквальном смысле проводниками и помощниками. В конечном итоге, мы должны развивать и поднимать страховую и правовую культуру граждан.

Применение законодательства о защите прав потребителей в сфере обязательного медицинского страхования



Я.В. Власов,
президент Общественного
совета защиты прав
пациентов при
Росздравнадзоре

Пациентское сообщество неоднозначно отнеслось к принятому 28.06.2012 г. Постановлению Пленума Верховного Суда РФ № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей».

Многие лидеры общественного мнения считают, что уже сейчас можно говорить об эффективности данного постановления. Так, ранее мнение судов о том, следует ли к медицинским услугам, которые оказывают медицинские организации в рамках добровольного и обязательного медицинского страхования, применять законодательство о защите прав потребителей было двояким. Например, в Определении Московского областного суда от 15.12.2011 г. по делу «О возмещении убытков, связанных с причинением вреда здоровью, компенсации морального вреда...» суд применил указанный закон, а Ленинградского областного суда от 28.03.2012 г. «О взыскании компенсации расходов, вызванных повреждением здоровья и о взыскании денежной суммы в качестве возмещения вреда причиненного здоровью» принял обратную позицию. Теперь же, в п. 9 Постановления № 17 разъяснено, что к медицинским услугам, которые оказывают медицинские организации в рамках добровольного и обязательного медицинского страхования, применяется законодательство о защите прав потребителей.

Эксперты пациентских движений считают особо важным п. 8 Постановления № 17, где указывается, что права и законные интересы граждан, имеющих право на государственную социальную помощь и использующих в ходе ее реализации товары или услуги, также подлежат защите в соответствии с законодательством о защите прав потребителей. Что означает, что граждане могут предъявить соответствующие требования к изготовителю (продавцу) лекарств или медицинских технических средств, средств реабилитации и к исполнителю услуг – ЛПУ, аптекам и прочим медицинским учреждениям. Кроме того, это означает, что если гражданам, относящимся к категории социально незащищенных, был причинен вред жизни, здоровью, имуществу вследствие конструктивных, производственных, рецептурных или иных недостатков соответствующего товара (услуги), такой вред подлежит возмещению в полном объеме (статья 14 Закона о защите прав потребителей, § 3 главы 59 ГК РФ).

С другой стороны, понятно, что закон о защите прав потребителей и раньше распространялся на платные медицинские услуги и даже на бесплатные (услуга для исполнителя возмездна, т.е. он получает деньги от третьего лица). Значительная группа экспертов видит проблему в том, что это третье лицо – государство не может предъявить иск к ЛПУ, так как само и является его фактическим собственником и несет за него ответственность, исходя из чего плательщиком и заказчиком услуг иски к исполнителю не предъявляются, а качество медицинской помощи бесконтрольно падает. В то же время, гражданин может предъявить иск в общем порядке – без разницы, на основе упомянутого закона или на основе ГК РФ. Поэтому некоторая часть экспертов считает Постановление № 17 бессмысленным.

Несмотря на присутствие и обоснованность обоих мнений, нельзя отрицать, что подобное постановление является признаком озабоченности различных ветвей власти состоянием системы правозащиты в РФ и попыткой повысить качество законодательства в области защиты потребительских прав граждан.

Пациенты, их представители и пациентские организации все чаще начинают обращаться в суды. За последние несколько лет количество обращений в судебные инстанции возросло многократно. По данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования, на качество медицинских услуг ежегодно жалуется до миллиона человек. Суммы, взыскиваемые в суде с лечебно-профилактического учреждения за вред, причиненный пациентам, достигают полутора миллионов рублей.

Причиной подобной активности является усиление деятельности правозащитных и пациентских организаций, все увеличивающаяся роль СМИ в формировании вектора общественного мнения, направленного в том числе, на выработку гражданской позиции в обществе через решение собственных индивидуальных проблем, появление более открытой позиции со стороны органов власти по отношению к жалобам населения.

На сегодняшний день в большинстве случаев суд поддерживает позицию потребителя. Законом предусмотрено, что бремя доказывания обстоятельств, освобождающих от ответственности за неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательства, в том числе и за причинение вреда, лежит на исполнителе. Это позволяет надеяться на повышение качества медицинской помощи и медицинских услуг. С Постановлением № 17 пациенты получили нормативно-правовой акт для уверенной защиты своих прав в суде. Остается только приучить исполнителя медицинских услуг и производителя медицинской продукции к пониманию неотвратимости наказания за нарушения прав граждан-пациентов, защищенных в том числе и рассмотренными в статье законами.

О переходе медицинских организаций на электронный документооборот



В.В. Макаров,
*заместитель руководителя
Департамента информационных технологий города
Москвы, руководитель про-
граммы информатизации
здравоохранения*

Более 350 государственных медицинских учреждений – в их числе все столичные поликлиники – уже подключены к Единой медицинской информационно-аналитической системе. Сервисы ЕМИАС уже сейчас дают возможность жителям столицы пользоваться услугами дистанционной записи к врачам в удобной форме: через Интернет на московском портале госуслуг rgu.mos.ru, по телефону единой службы записи на прием к врачам города Москвы 8 (495) 539 3000 или через приложения в смартфонах. Есть возможность самостоятельной записи в холлах поликлиник с помощью информационных киосков.

Востребованность этих сервисов огромна: на сегодняшний день более 1,5 миллиона пациентов – а это каждый 8-й житель столицы – зарегистрированы в ЕМИАС и не раз воспользовались ее возможностями, назначив почти 5 млн. визитов к врачам. Система активно развивается, постоянно добавляя все новые электронные сервисы для удобства горожан и медицинских работников – например, недавно была подключена услуга SMS-напоминаний, а вскоре будут разработаны и внедрены электронные медкарты для каждого пациента.

К концу года ЕМИАС заработает во всех столичных учреждениях амбулаторно-поликлинического звена, а их в Москве более 500. В каждый кабинет врача будет

установлен персональный компьютер, их общее число составит 22 000 штук.

Внедрение информационных технологий призвано улучшить качество и доступность медицинской помощи. Пациентам теперь не надо тратить время и силы на то, чтобы идти в поликлинику за талоном – записаться можно из любого места удобным способом. За счет электронной записи постепенно упорядочится процесс назначения визита к врачу, уменьшатся очереди, будут разгружены работники регистратуры. Врачи теперь могут четко планировать свое рабочее время и больше внимания уделять пациентам, за счет уменьшения объема бумажной работы. Будет организован удобный и достоверный учет фактически оказанной медицинской помощи, разработаны системы консолидированного управленческого учета и управления медицинскими регистрами. Работа лечебно-профилактических учреждений станет более четко спланированной и прогнозируемой.

Важно, что уже сейчас ЕМИАС объединяет данные о работе почти 30 тыс. столичных врачей. Это позволяет собирать и анализировать огромный объем данных, необходимых для принятия управленческих решений и улучшения работы системы здравоохранения в целом. Это такие важные показатели, как востребованность и доступность врачей, обеспеченность учреждений здравоохранения ресурсами, статистика заболеваемости, социально-демографические показатели пациентов, и так далее.

Дополнительный функционал, над которым мы сейчас работаем, позволит сделать заботу о своем здоровье более простой, удобной и эффективной, что переместит акцент с лечения уже возникших заболеваний на их профилактику, снизит нагрузку на стационары. Новые сервисы, к примеру, позволяют заранее назначать и эффективно проводить плановые диспансеризации и вакцинации, и даже вызывать врача на дом по SMS.

Конференция «Служба скорой медицинской помощи в системе ОМС: вопросы, риски, пути решения»

28 июня 2012 г.



В зале заседания научно-практической конференции «Служба скорой медицинской помощи в системе ОМС: вопросы, риски, пути решения»

В Институте экономической политики имени Е.Т. Гайдара состоялась научно-практическая конференция, посвященная предстоящему включению службы скорой медицинской помощи в систему ОМС. В ней приняли участие сотрудники Института Гайдара и РАНХиГС, представители Министерства здравоохранения РФ, Федерального фонда ОМС, Территориальных фондов ОМС и главные врачи станций скорой медицинской помощи ряда российских регионов.

Во вступительном слове ректор РАНХиГС Владимир Мау перечислил основные вызовы, с которыми предстоит столкнуться российской системе здравоохранения на современном этапе: переход к индивидуализированным методам лечения, преодоление асимметрии информации, повышение роли информационных технологий, рост международных связей и увеличение доли частных средств в финансировании. Ректор РАНХиГС также напомнил о преимуществах «догоняющей модернизации» и возможности первыми перейти на новый этап развития.

Заместитель Председателя ФОМС Светлана Карчевская напомнила об основных изменениях, связанных со всту-

плением в силу федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в РФ», обратив особое внимание собравшихся на важность урегулирования практических вопросов, возникающих при включении скорой медицинской помощи в систему ОМС: оплату случаев, не входящих в территориальную программу ОМС, «безрезультатных» вызовов, «дежурств» бригад скорой медицинской помощи на спортивных и культурно-массовых мероприятиях.

В рамках конференции были представлены следующие доклады:

- Оплата скорой медицинской помощи в системе финансирования здравоохранения (В.С. Назаров, заведующий лабораторией бюджетного федерализма Института Гайдара);
- Итоги работы службы скорой медицинской помощи в Калининградской области (В.Д. Анохин, исполнительный директор Территориального фонда ОМС Калининградской области)
- Служба скорой медицинской помощи в системе ОМС (С.Ф. Багненко, ректор Санкт-Петербургского

государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова);

- Служба скорой медицинской помощи в системе ОМС (М.М. Зиганшин, главный врач станции скорой медицинской помощи г. Уфы);
- Повышение эффективности расходов в службе скорой медицинской помощи (Е.В. Камкин, главный врач станции скорой медицинской помощи г. Перми).

Владимир Назаров обратился к конечной цели реформ – необходимости ответа на вызовы меняющейся среды. В числе ключевых направлений развития здравоохранения были перечислены: преодоление информационной асимметрии (в том числе путем внедрения электронных карт пациента), развитие конкуренции в системе ОМС (выравнивание условий для деятельности государственных и негосударственных участников, в том числе повышение тарифов, автономизация бюджетных учреждений здравоохранения и отказ от бюджетного финансирования капитальных расходов; развитие конкуренции между страховыми медицинскими организациями, развитие конкуренции между амбулаторно-поликлиническим звеном и стационаром). В качестве основной модели включения скорой медицинской помощи в ОМС был предложен механизм фондодержания, при использовании которого оплата услуг скорой медицинской помощи производится из подушевого норматива финансового обеспечения амбулаторно-поликлинической помощи. При использовании данного механизма риск завышения количества вызовов может быть скорректирован использованием метода «глобального бюджета» и оплаты по стандарту услуги, а мотивация поликлиник к снижению количества вызовов может быть обеспечена распределением оплаты услуг скорой медицинской помощи пропорционально количеству вызовов к прикрепленному населению.

Виктор Анохин и Людмила Сиглаева представили опыт своего региона по включению скорой медицинской помощи в подушевой тариф в условиях полного фондодержания. Для перехода к новой системе финансирования в системе оказания скорой медицинской помощи предварительно была проведена подготовка, включавшая оптимизацию численности персонала и рабочего графика, расчет тарифов, разработку обновленных медицинских карт и экспертных карт скорой медицинской помощи. Использование фондодержания было прервано в 2012 г. в связи с требованиями программы модернизации, но полученные результаты позволяют говорить о значительной экономии ресурсов и повышении качества работы скорой медицинской помощи.

Сергей Багненко обратил внимание присутствующих на то, что включение скорой помощи в систему ОМС является сменой источника финансирования, но не механизма работы, поэтому важным вопросом остается разработка новой логики экстренной медицинской помощи. Возможность такого изменения заложена в российском законодательстве, выделяющем догоспитальную и госпи-

тальную скорую помощь. При этом он подчеркнул важность развития в будущем госпитальной составляющей скорой медицинской помощи.

Марат Зиганшин в своем выступлении выделил наиболее острые вопросы, требующие решения перед переходом на новую систему финансирования, в том числе совершенствование экспертизы качества скорой медицинской помощи, развитие системы неотложной медицинской помощи, идентификацию пациентов, готовность к переходу различных уровней системы скорой медицинской помощи, учет стандартов при расчете обновленных тарифов и оплату «сверхнормативных» вызовов.

Евгений Камкин посвятил свое выступление опыту использования аутсорсинга в системе скорой медицинской помощи г. Перми, что позволило одновременно сократить транспортные расходы и значительно обновить автопарк. В последовавшем обсуждении были отмечены возможные риски перехода на аутсорсинг и пути их преодоления.

В завершение конференции ряд представителей территориальных фондов выступили с кратким описанием опыта более мягкого перехода на фондодержание и возникающих при этом трудностей.

Итоги конференции подвел заместитель министра здравоохранения А.В. Юрин. Он отметил важность создания интегрированной системы организации здравоохранения, ключевой составляющей которой должна стать связь между амбулаторно-поликлиническим звеном, стационаром и скорой помощью. Замминистра подчеркнул важность регионального опыта реформ и инноваций в здравоохранении, в том числе в сфере аутсорсинга, для развития системы здравоохранения в целом. В плане включения службы скорой медицинской помощи в систему ОМС Андрей Юрин подчеркнул, что у властей субъектов РФ уже на текущий момент есть все возможности для проработки основных параметров изменения схемы финансирования, и регионы должны уже сейчас активно заниматься этим вопросом, используя опыт своих коллег из других регионов, где служба скорой помощи уже включена в систему ОМС. Для начала такой работы не требуется каких-либо нормативных документов со стороны федерального центра.

УДК 614.2

Организация контроля за деятельностью страховых медицинских организаций путем проведения реэкспертизы/метаэкспертизы на территории Пермского края

И.К. Новоселова

Территориальный фонд ОМС Пермского края



И.К. Новоселова

Резюме

В статье представлен региональный опыт Территориального фонда ОМС Пермского края по организации контроля за деятельностью СМО путем проведения реэкспертизы/метаэкспертизы и ее результаты за 2008-2011 гг. Проведенный анализ результатов повторного контроля ТФОМС Пермского края за деятельностью СМО по обеспечению прав застрахованных лиц свидетельствует об эффективности проведения реэкспертизы, приведшей к повышению эффективности работы специалистов СМО. Осуществление ТФОМС Пермского края реэкспертизы

позволяет снизить субъективизм экспертных заключений, улучшить качество оказания медицинской помощи в сфере ОМС, повысить ее эффективность, обеспечить действенную защиту прав застрахованных лиц и добиться максимального урегулирования спорных случаев на досудебном уровне.

Ключевые слова: организация контроля за деятельностью страховых медицинских организаций путем проведения реэкспертизы.

Abstract

Arrangement of control of insurance medical organization (IMO) activity by means of medical reexamination/meta-examination in the Perm Territory

I.K. Novosyolova

The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance (OMI) of the Perm Territory.

There is presented in the article a regional experience of the Territory OMI Foundation (TOMIF) of the Perm Territory in establishment of control of IMO activity by means of medical reexamination/meta-examination in the Perm Territory and its results between 2008 and 2011. The performed analysis of results in the repeated control of IMO activity in rights ensuring for insured persons by the TOMIF of the Perm Territory is evidence of an efficacy to carry out reexamination, which led to an increase of efficiency of EMO specialist work. Real-

ization of reexamination by TOMIF of the Perm Territory allows to decrease a subjectivism of expert conclusions, to improve the quality of medical care in the OMI sphere, to increase its efficacy, to ensure an active protection of rights of insured persons and to achieve a maximum dispute settlement in a pre-court level

Key words: Arrangement of control of insurance medical organization activity by means of medical reexamination.

Таблица.

Структура территориального регистра экспертов качества медицинской помощи

Внештатные врачи-эксперты, всего	132
высшая квалификационная категория	120
первая квалификационная категория	12
кандидат медицинских наук	31
доктор медицинских наук	12
количество врачебных специальностей	31

Одной из основных задач территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее – ТФОМС) является организационно-методическая деятельность по созданию эффективных механизмов защиты ТФОМС и страховыми медицинскими организациями (далее – СМО) прав застрахованных и организации контроля качества оказания медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования (далее – ОМС). Территориальные фонды обязательного медицинского страхования, выполняя полномочия страховщика, обеспечивают права граждан в сфере ОМС, в том числе путем проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи [1.1]. Одной из важных функций ТФОМС является осуществление контроля за деятельностью страховой медицинской организации и выполнением договора о финансовом обеспечении ОМС [1.2].

В Пермском крае единые организационные и методические принципы контроля объемов и качества медицинской помощи до 2011 г., согласно методическим рекомендациям Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – ФОМС) [2.2.], были регламентированы региональным Положением о контроле объемов и качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования (далее – Положение о контроле), которым был предусмотрен контроль территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее – ТФОМС Пермского края) за деятельностью СМО по выполнению функции обеспечения права застрахованных граждан на доступную, качественную медицинскую помощь в рамках территориальной Программы ОМС, в том числе путем проведения метаэкспертизы – повторной экспертизы объемов и качества медицинской помощи, была определена цель метаэкспертизы – достижение объективности оценки СМО объемов и качества медицинской помощи.

Метаэкспертиза проводилась ТФОМС Пермского края с 2008 года в соответствии с планом, разрабатываемым на год и утверждаемым директором. План доводился до сведения СМО. Эксперты СМО приглашались ТФОМС Пермского края в качестве присутствующих при проведении метаэкспертизы, что значительно снижало количество спорных вопросов по результатам метаэкспертизы и само по себе оказывало методическую помощь СМО.

ТФОМС Пермского края по согласованию с Министерством здравоохранения Пермского края был сформирован и поддерживался в актуальном состоянии территориальный регистр экспертов качества медицинской помощи, в который входило более 130 экспертов качества медицинской помощи по 31 медицинской специальности (Табл.). Только эксперты качества медицинской помощи, включенные в территориальный регистр, привлекались ТФОМС Пермского края к проведению метаэкспертизы качества медицинской помощи.

Количество случаев, подвергавшихся метаэкспертизе, не регламентировалось Положением о контроле. Отбор случаев для проведения плановой метаэкспертизы в медицинских организациях (далее – МО) проводился путем анализа реестров пролеченных больных.

Для проведения метаэкспертизы отбирались следующие случаи: оказания медицинской помощи, по которым СМО были выявлены нарушения и применены финансовые санкции к МО; с отклонением фактического срока оказания медицинской помощи от нормативного в соответствии с МЭС более чем на 40%; с пересечением сроков оказания одному и тому же застрахованному лицу стационарной и стационарозамещающей помощи или стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи; законченные случаи лечения в круглосуточном стационаре или дневном стационаре, оплаченные по фактическому сроку пребывания; случаи повторной госпитализации одного и того же гражданина с одним и тем же диагнозом в течение 30 дней.

Положением о контроле были определены также случаи проведения внеплановой метаэкспертизы, в том числе при сомнениях в объективности и эффективности контроля объемов и качества медицинской помощи, проведенной СМО, возникших у ТФОМС Пермского края по итогам приема ежемесячного отчета по форме ведомственного статистического наблюдения № ПГ или в рамках плановых проверок деятельности СМО в части организации защиты прав граждан; по запросу органов дознания и следствия и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством; обращения в Фонд застрахованных граждан или страхователей, выразивших несогласие с результатом экспертизы объемов и КМП, проведенной СМО; обращения в Фонд медицинских организаций, органов управления здравоохранением муниципальных районов (городских округов), не согласных с результатами экспертизы объемов и качества медицинской помощи, проведенной СМО.

В ходе метаэкспертизы проводился анализ реестров, предъявленных медицинскими организациями к оплате СМО, реестров экспертных случаев, актов экспертной проверки СМО и первичной медицинской документации.

При метаэкспертизе оценивались организация и проведение СМО медико-экономической экспертизы (далее – МЭЭ) и экспертизы качества медицинской по-



На снимке: момент реэкспертизы в Пермской городской детской клинической больнице № 13. Специалисты отдела контроля предоставления медицинской помощи по ОМС Н.И. Аникеев и М.А. Галышева с заместителем гл. врача И.Ф. Туранской (стоит) и заведующей отделением М.Э. Бронниковой.

мощи (далее – ЭКМП); проведение СМО ЭКМП в случаях, подлежащих обязательному ее проведению; эффективность проведения МЭЭ и ЭКМП специалистами СМО и экспертами качества медицинской помощи, привлеченными СМО; обоснованность выявления СМО нарушений в оказании медицинской помощи и применения санкций к МО; оформление СМО результатов контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении ОМС на территории Пермского края; наличие в МО информации СМО для застрахованных лиц; удовлетворенность застрахованных лиц деятельностью СМО путем проведения их анкетирования.

Анкеты были разработаны ТФОМС Пермского края и утверждены в региональном Порядке организации проведения социологического опроса (анкетирования) граждан, застрахованных по ОМС, по удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи при осуществлении ОМС на территории Пермского края, которыми предусмотрены вопросы по оценке деятельности работы СМО.

В процессе метаэкспертизы деятельности СМО чаще всего выявлялись нарушения, связанные с невыявлением экспертами СМО дефектов оказания медицинской

помощи; дефектов, связанных с необоснованным назначением лекарственных средств; неверным выбором кода медико-экономического стандарта (далее – МЭС). В процессе проведения метаэкспертизы неоднократно обнаруживались случаи, когда СМО не были выявлены дефекты, но специалистами ТФОМС Пермского края выявлялись многочисленные нарушения.

Положением о контроле была установлена форма Акта метаэкспертизы объемов и качества медицинской и лекарственной помощи.

При выявлении в ходе метаэкспертизы нарушений, допущенных СМО при проведении контроля объемов и качества медицинской помощи, ТФОМС Пермского края в соответствии с условиями договоров о финансировании ОМС проводилось взыскивание с СМО штрафных санкций в размере, установленном приложением к указанному договору.

При выявлении Фондом нарушений, допущенных МО, но не выявленных СМО, на СМО также налагались финансовые санкции.

В результате организации и проведения метаэкспертизы возросли как количество проведенных СМО экспертиз, так и их эффективность. Анализ показал, что

в 2010 г. количество экспертиз объемов и качества медицинской помощи увеличилось на 17,3% в сравнении с 2009 г. Увеличение произошло за счет увеличения в 1,6 раза количества медико-экономических экспертиз, проведенных СМО, с 82 290 в 2009 г. до 128 020 в 2010 г., что связано с активной работой штатных экспертов СМО.

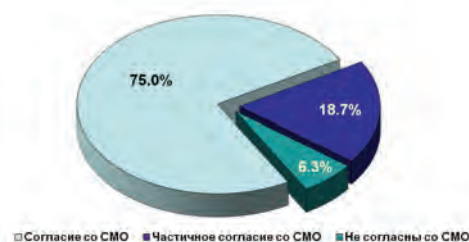
Возросла эффективность экспертизы качества медицинской помощи – удельный вес нарушений вырос с 10% в 2009 г. до 15% в 2010 г. В целом, в 2010 г. доля дефектов, выявленных СМО при проведении контроля, увеличилась на 2,5% и составила 16,4% (в 2009 г. – 13,9%).

Кроме того, метаэкспертиза проводилась ТФОМС Пермского края в рамках работы Экспертной комиссии при Пермском краевом фонде обязательного медицинского страхования (далее – Экспертная комиссия) – коллегиального, межведомственного органа, являющегося вторым этапом разрешения споров и конфликтных ситуаций, возникших в отношениях субъектов обязательного медицинского страхования, которая была создана в целях досудебного разрешения споров и конфликтных ситуаций, возникших между субъектами ОМС в отношении качества, объемов, сроков оказания медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, связанных с ними вопросов оплаты медицинской помощи, а также вопросов, касающихся ненадлежащего исполнения обязательств СМО по договорам обязательного медицинского страхования работающих и неработающих граждан.

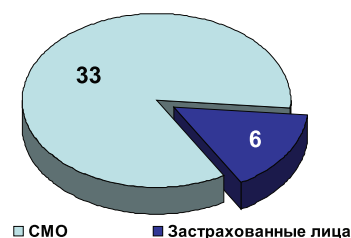
За 2008-2010 гг. в Экспертной комиссии рассмотрено 32 заявления с целью досудебного урегулирования споров (конфликтных ситуаций), возникших по вопросам предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, из них 85% – заявления страховых медицинских организаций; 15% – заявления застрахованных граждан и родственников умерших застрахованных граждан. Остальные обращения отозваны, т.к. споры были урегулированы при подготовке заседаний, что также свидетельствует об эффективности данной работы. По итогам рассмотрения заявлений в Экспертную комиссию в 28 (75 %) случаях Экспертная комиссия полностью согласилась с мнением СМО, защищавших, в том числе, интересы застрахованных граждан и их родственников; в 6 (18,7%) случаях – согласилась частично (Рис. 1). В 2 (6,3%) случаях претензии СМО признаны Экспертной комиссией необоснованными. В 7 случаях рассмотрения споров в Экспертной комиссии 9 пациентам возмещены денежные средства, затраченные на лечение в рамках территориальной Программы ОМС. (Рис. 1).

01.01.2011 г. вступил в силу Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [1.1], во исполнение которого приказом ФОМС от 01.12.2010 г. № 230 [1.3] утвержден Порядок организации и проведения контроля

Итоги метаэкспертизы случаев



Количество принятых заявлений



Количество рассмотренных заявлений

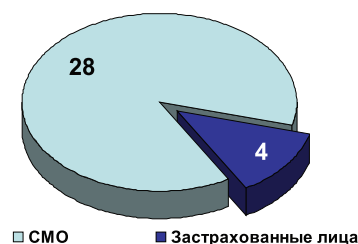


Рис. 1

объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС (далее – Порядок). В Порядке отдельным разделом прописан Порядок осуществления территориальным фондом обязательного медицинского страхования контроля за деятельностью страховых медицинских организаций, предусмотрена форма Акта реэкспертизы по результатам медико-экономической экспертизы/экспертизы качества медицинской помощи (далее – Акт). ФОМС в течение 2011 г. направлялись информационные письма, на сайте размещались информационные материалы по пояснению Порядка. Все это помогло в работе, позволило унифицировать и единообразно подходить к этим вопросам.

В соответствии с Порядком для проведения реэкспертизы на основании ежемесячных отчетов СМО о деятельности по контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС специалистами ТФОМС Пермского края отбираются МО, в которых выявлены нарушения договорных обязательств СМО по договору о финансовом обеспечении ОМС (невыполнение объемов плановых МЭЭ и ЭКМП, непроведение целевых МЭЭ и ЭКМП); определяются необходимые объемы реэкспертизы, установленные Порядком. Утверждается



Рис. 2

план проведения реэкспертизы, в соответствии с которым проводятся проверки СМО в МО на основании приказов ТФОМС Пермского края.

Приказом утверждаются программа проверки СМО, устанавливаются цель проверки, проверяемый период, дата начала и сроки проведения проверки, персональный состав комиссии (экспертов), а также сроки оформления актов по результатам проверки и ответственность. Программа проверки деятельности СМО в МО включает такие разделы, как: соблюдение СМО условий договора о финансовом обеспечении ОМС в части осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС на территории Пермского края (далее – контроль) в МО; соответствие организации и проведения СМО контроля утвержденному Порядку, реэкспертиза 10% случаев оказания медицинской помощи, от проведенных экспертиз СМО за проверяемый период по конкретным специальностям, в том числе 30% экспертиза качества медицинской помощи; соответствие оформления СМО результатов контроля требованиям, установленным Порядком; выполнение СМО плана проведения МЭЭ и ЭКМП в медицинских организациях, согласованного с ТФОМС Пермского края; наличие в договоре на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС между СМО и медицинской организацией перечня обязательств медицинской организации и последствия их неисполнения, влекущие возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества; обеспечение информированности застрахованных лиц о правах при получении бесплатной медицинской помощи по ОМС, в том числе по полисам ОМС вне зависимости от даты их выдачи; наличие информации СМО в МО; контроль СМО наличия и доступности в медицинской организации информации о правах при оказании медицинской помощи для застрахованных лиц; наличие представителей СМО в МО; проведение анкетирования застрахованных лиц для выяснения удовлетворенности работой СМО.

Отбор случаев для проведения реэкспертизы осуществляется с помощью программного обеспечения, разработанного ТФОМС Пермского края, – АРМ «Эксперт 4».

С целью оценки обоснованности определения СМО нарушений, допущенных МО, и применением финансовых санкций к МО для реэкспертизы отбираются случаи, по которым СМО при МЭЭ и ЭКМП выявлены нарушения оказания медицинской помощи и применены финансовые санкции к МО.

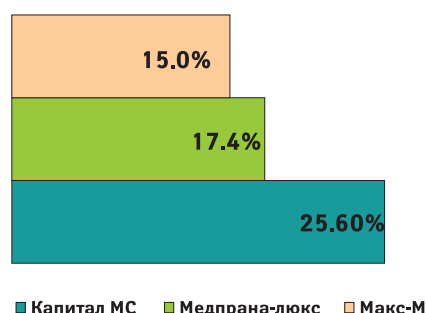
С целью оценки эффективности контроля, проведенного СМО, из случаев, признанных СМО удовлетворительными, отбираются случаи повторной госпитализации одного и того же застрахованного лица с одним и тем же диагнозом в течение 90 дней после окончания первой госпитализации; случаи с отклонением фактического срока оказания медицинской помощи от нормативного в соответствии с МЭС более чем на 50%; случаи с пересечением сроков оказания одному и тому же пациенту стационарной и стационарозамещающей помощи или стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи; законченные случаи лечения в круглосуточном стационаре или дневном стационаре, оплаченные по фактическому сроку пребывания (не имеющие МЭС).

В 2011 г. для оценки результатов деятельности СМО по проведению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи ТФОМС Пермского края была осуществлена реэкспертиза качества медицинской помощи в 36 медицинских организациях (за 2010 г. метаэкспертиза была проведена в 28 медицинских организациях). В медицинских организациях, в которых проводилась реэкспертиза, СМО был выполнен контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по 7 501 экспертным случаям (за 2010 г. – 5 064), нарушения выявлены в 1091 случаях (14,5%) (в 2010 г. – 471 (9,3%).

Реэкспертиза проведена по 3 826 случаям (51 %), по которым СМО проведен контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (в 2010 г. – 2756 (54,4%)). В ходе реэкспертизы выявлено 1 774 нарушения в 46,4% от проведенных реэкспертиз (в 2010 г. – 799 (29,0%).

Экспертами ТФОМС Пермского края выявлены 1150 нарушений, допущенных медицинскими организациями при оказании медицинской помощи (30,1% от количества случаев, по которым проведена реэкспертиза), из них в 1087 (94,5%) случаях мнения экспертов ТФОМС

2010



2010

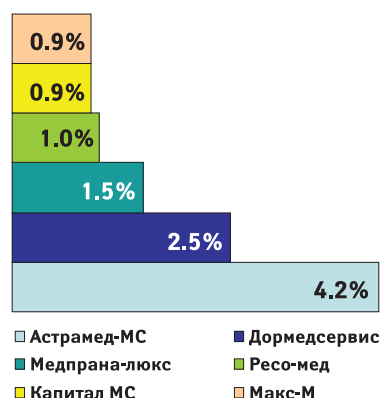


Рис. 3

Пермского края и СМО совпали (в 2010 г. – 471 (58,9%)) (Рис. 2).

Кроме того, экспертами ТФОМС Пермского края обнаружены 63 дефекта (5,5% от всех нарушений, выявленных экспертами ТФОМС Пермского края) (в 2010 г. – 307 (11,1%)), не выявленных экспертами СМО. Основными нарушениями, не выявленными экспертами СМО, являлись нарушения порядка формирования реестров, дефекты оформления первичной документации. За невыявление нарушений в оказании медицинской помощи и ведении первичной документации СМО начислены штрафные санкции.

В ходе реэкспертизы выявлено также 300 нарушений (7,8% от количества проведенных реэкспертиз) в деятельности СМО, связанных с непроведением контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по случаям, требующим обязательного его проведения (в 2010 г. – 1653 (60,0%)), за которые также предъявлены штрафные санкции СМО.

В 30 случаях (0,8% от количества проведенных экспертиз) СМО необоснованно предъявлены финансовые санкции к медицинской организации, которые по результатам реэкспертизы возвращены СМО в МО.

При проведении повторного контроля выявлены 294

случая (7,7% от количества проведенных реэкспертиз), по которым СМО допущены нарушения при оформлении результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, такие как: при оформлении Акта МЭЭ – неинформативное заключение эксперта-специалиста, указан код нарушения согласно Перечню, иногда – название нарушения, но не указаны основания для определения нарушения; в заключении эксперта код выявленного нарушения не соответствует основанию для определения нарушения; в Актах МЭЭ не указывается сумма, не подлежащая оплате по выявленному нарушению; при оформлении Актов ЭКМП (плановой) – не заполняется сумма финансовых санкций, указывается только % уменьшения оплаты; краткие и неинформативные выводы, не обосновывается определение нарушений по случаям, допускаются несоответствия между указанным кодом нарушения и названием выявленного нарушения без расшифровки причины определения нарушения (трудно понять логику эксперта СМО при определении нарушения) и др.

По результатам реэкспертизы можно составить и использовать рейтинг СМО по удельному весу невыявленных при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи нарушений от количества проведенных реэкспертиз. Сравнительный анализ СМО по данному рейтингу за 2010-2011 гг. свидетельствует о высокой эффективности реэкспертизы – в 2011 г. отмечена значительная положительная динамика по сравнению с 2010 г.: значительно снизилась доля невыявленных СМО нарушений (2010 г. – от 26% до 15%; 2011 г. – от 4,2 до 0,9%); у СМО, в которых в 2010 г. была самая большая доля этих нарушений, в 2011 г. их стало меньше других (Рис. 3).

Таким образом, в течение 2011 года в 1,6 раз возрос удельный вес нарушений, выявленных в ходе реэкспертизы, а также доля случаев, по которым совпало мнение экспертов СМО и ТФОМС. В 2 раза снизился удельный вес дефектов, связанных с невыявлением нарушений СМО, и в 7,7 раз – с непроведением контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по случаям, требующим обязательного его проведения, что может свидетельствовать об эффективности проведения реэкспертизы, приведшей к повышению эффективности работы специалистов СМО.

В соответствии с Порядком в ТФОМС Пермского края организована и функционирует комиссия по принятию решения ТФОМС Пермского края о признании правоты (неправоты) медицинской организации при обжаловании заключения страховой медицинской организации по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – Комиссия ТФОМС Пермского края), в рамках которой проводится реэкспертиза.

В течение 2011 г. в Комиссию ТФОМС Пермского края поступило 19 обращений медицинских организаций с

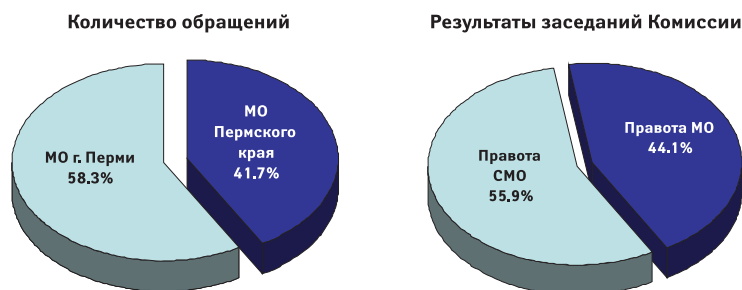


Рис. 4

претензией по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, проведенных 5 СМО. В 58,3% случаев в комиссию ТФОМС Пермского края обратились медицинские организации г. Перми, в 41,7% – медицинские организации Пермского края (Рис. 4). В 2011 г. проведено 14 предварительных заседаний Комиссии ТФОМС Пермского края по 158 экспертному случаю и 10 заключительных заседаний Комиссии ТФОМС Пермского края по 95 экспертным случаям. По результатам реэкспертизы на заключительных заседаниях Комиссии ТФОМС Пермского края в 55,9% случаев признана правота СМО, в 44,1% – МО. В 4 случаях комиссия ТФОМС Пермского края согласилась с мнением СМО о наличии нарушения, но не согласилась с его квалификацией.

В процессе реэкспертизы по результатам работы Комиссии дополнительно выявлены нарушения, допущенные медицинской организацией, но не выявленные СМО, такие как: необоснованное назначение лекарственной терапии, связанное с риском для здоровья пациента (в листе назначений не указаны концентрация лекарственного средства, путь введения, разовая доза/концентрация раствора, курс лечения и др.); наличие признаков фальсификации медицинской документации (несоответствие данных листа врачебных назначений и листа учета медикаментов, искажение информации о проведенном лечении в выписном эпикризе; дописки информации о проведенных диагностических мероприятиях, не подтвержденной листом назначений и дневниковыми записями, искажения информации в выписном эпикризе о проведенных лечебных мероприятиях, не соответствующей листу назначений и дневниковым записям, и др.); ненадлежащее выполнение диагностических и/или лечебных мероприятий в соответствии с МЭС; нарушение оформления первичной медицинской документации (краткий неинформативный анамнез заболевания, не позволяющий оценить динамику состояния здоровья пациента; отсутствия дневниковых записей и др.); пребывание больного в стационаре не подтверждено данными первичной медицинской документации; отсутствие врачебного наблюдения в послеоперационном периоде. В данных случаях по решению Комиссии медицинские организации возвратили деньги в ТФОМС Пермского края, а к СМО применены соответствующие штрафные санкции.

Данные результаты работы Комиссии еще раз подтверждают необходимость и результативность проведения повторной экспертизы ТФОМС. (Рис. 4).

Особо необходимо отметить, что на комиссии ТФОМС Пермского края неоднократно рассматривались вопросы, касающиеся деятельности экспертов качества медицинской помощи, включенных в Территориальный реестр

экспертов качества медицинской помощи, были даны рекомендации СМО по проведению работы по повышению их квалификации, на основании чего были решены вопросы проведения обучения экспертов качества медицинской помощи по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования, было принято решение о возможности использования СМО резерва финансового обеспечения предупредительных мероприятий на обучение врачей по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования. СМО по рекомендации ТФОМС Пермского края и с его участием активно занимаются обучением врачей экспертов КМП с учетом рекомендуемой ФОМС программы обучения [2.3].

За весь 2011 год ни одна медицинская организация, ни одна СМО не обжаловали решение Комиссии ТФОМС Пермского края в судебном порядке – все претензии МО были разрешены на досудебном уровне.

В связи с тем, что правовыми нормативными документами не предусмотрена возможность досудебного разрешения споров (конфликтных ситуаций), возникающих между застрахованным лицом (представителем застрахованного лица) и медицинской организацией в отношении объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования и связанных с ними вопросов оплаты медицинской помощи; между застрахованным лицом (представителем застрахованного лица) и СМО в отношении вопросов, касающихся исполнения обязательств СМО по защите прав и законных интересов застрахованного лица в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, для возможности максимального урегулирования таких конфликтных ситуаций и защиты прав застрахованных лиц на досудебном уровне решением Координационного совета по обеспечению и защите прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования на территории Пермского края от 13.10.2011 г. № 7 (далее – Решение Координационного совета) утверждено Положение о межведомственной комиссии при ТФОМС Пермского края, задачами которой являются рассмотрение обращений и жалоб застрахованных лиц (представителей застрахованных лиц) по вопросам объемов, сроков, качества и условий предо-

ставления медицинской помощи, их соответствия территориальной программе обязательного медицинского страхования; рассмотрение вопросов, касающихся исполнения обязательств СМО по защите прав и законных интересов застрахованных лиц в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Кроме того, Решением Координационного совета утверждены: в соответствии с методическими рекомендациями ФОМС [1.4] Рекомендации по организации проведения социологического опроса (анкетирования) застрахованных лиц по вопросам доступности и качества медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, работающими в сфере ОМС на территории Пермского края, регламентирующие процедуру анкетирования застрахованных лиц, в том числе при проведении реэкспертизы для оценки удовлетворенности граждан работой СМО; с учетом методических рекомендаций ФОМС [2.1]. Рекомендации по организации работы представителей страховых медицинских организаций в

медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Пермского края, регламентирующие работу представителей СМО в МО, работа которых также контролируется ТФОМС Пермского края при проведении реэкспертизы.

Данные документы позволяют унифицировать деятельность СМО по этим направлениям работы, осуществлять контроль ТФОМС Пермского края за деятельностью СМО по обеспечению прав застрахованных лиц по единым подходам, в том числе при проведении повторной экспертизы.

Таким образом, осуществление ТФОМС Пермского края реэкспертизы позволяет снизить субъективизм экспертных заключений, улучшить качество оказания медицинской помощи в сфере ОМС, повысить ее эффективность, обеспечить действенную защиту прав застрахованных лиц и добиться максимального урегулирования спорных случаев на досудебном уровне.

Литература:

1. Законодательство:
 - 1.1. Федеральный закон от 29.11.2010 г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
 - 1.2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития от 21.01.2011 г. № 15н «Об утверждении Типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования».
 - 1.3. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».
 - 1.4. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 29.05.2009 г. № 118 «Об утверждении Методических рекомендаций «Организация проведения социологического опроса (анкетирования) населения об удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования».
2. Учебные материалы:
 - 2.1. Методическое пособие «Защита прав граждан в системе обязательного медицинского страхования. Вопросы организации контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении ОМС». – М.: Федеральный фонд ОМС, 2008. – 192 с.
 - 2.2. Сборник методических рекомендаций по контролю объемов и качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования. – М.: Федеральный фонд ОМС, 2008.
 - 2.3. Программа подготовки специалистов, осуществляющих контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. – М.: ФОМС, 2011. – 172 с.

References:

1. Legislation:
 - 1.1. The Federal Law of 29.11.2010 No. 326-FZ «About Obligatory Medical Insurance in the Russian Federation».
 - 1.2. The Order of the Ministry of Public Health and Social Development of 21.01.2011 No. 15n «About the approval of the Model Regulation about a territorial fund of obligatory medical insurance».
 - 1.3. The Order of the Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance of 01.12.2010 No.230 «About the approval of the Procedure of organization and performance for control over volumes, terms, quality and conditions of medical care rendering in obligatory medical insurance».
 - 1.4. The Order of the Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance of 29.05.2009 No.118 «About the approval of the Methodic Recommendations «Organization of sociological poll (questionnaire survey) for population about satisfaction with availability and quality of medical care in obligatory medical insurance carrying out».
2. Educational material:
 - 2.1. Methodical aid «Protection of citizen rights in the system of obligatory medical insurance. Matters in organization of control over volume and quality of medical care in OMI realization». – М.: The Federal OMI Foundation, 2008. – 192 p.
 - 2.2. Collected methodical recommendations in a control over volumes and quality of medical care in obligatory medical insurance. – М.: The Federal OMI Foundation, 2008.
 - 2.3. Program of specialists training to carry out the control over volumes, terms, quality and conditions of medical care rendering in obligatory medical insurance. – М.: FOMI, 2011. –172 p.

Для корреспонденции:

Новоселова Ирина Константиновна – заместитель директора
Территориального фонда обязательного медицинского страхования Пермского края.
Адрес: 614060, г. Пермь, ул. Уральская, д. 119, e-mail: inovoselova@tfoms.perm.ru; тел.: (342) 291-50-71

For correspondence:

Novosyolova Irina Konstantinovna – Deputy Director of the TFOMI of the Perm Territory,
The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance
Address: 119, Ul. Uralskaya, 614060, Perm City., e-mail: inovoselova@tfoms.perm.ru; Tel.: (342) 291-50-71

Рейтинг страховых медицинских организаций за январь-июнь 2012 года

Наименование страховой медицинской организации	Численность застра- хованных лиц *, в %		Обеспеченность пунктами выдачи полисов обязатель- ного медицинского страхования *, ед.		Обеспеченность спе- циалистами- экспе- ртами медицинской помощи *, человек		Объем медико- экономических экс- пертиз *, в %		Объем экспертиз ка- чества медицинской помощи *, в %	
	Значе- ние	Место	Значе- ние	Место	Значе- ние	Место	Значе- ние	Место	Значе- ние	Место
1	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ЗАО МАСК «МАКС-М»	14,4	1	2,4	40	1,1	23	2	18	0,8	24
СМК ОАО «РОСНО-МС»	11,6	2	3	37	1,1	23	4,1	7	1,2	20
ООО «Росгосстрах--Медицина»	8	4	4,1	30	1,4	20	2	18	1,6	16
ООО СК «Ингосстрах-М»	3,2	9	5,5	20	1	24	2,1	17	1,5	17
ООО МСК «РЕСО-МЕД»	4,1	7	5,3	22	1,3	21	0,8	29	0,3	29
ЗАО «КапиталЪ Медицинское страхование»	5,5	5	3	37	1,6	18	1,5	23	1,1	21
ОАО МСК «УралСиб»	2,1	12	2,2	42	0,8	26	1,4	24	0,6	26
ЗАО СК Согласие-М	0	27	7,5	16	14,9	1	5,8	6	1,4	18
ОАО «СК СОГАЗ-Мед»	9,1	3	3,8	33	1,8	16	2,1	17	0,9	23
ОАО МСК «Шексна-М»	0,9	18	2,4	40	0,9	25	1,1	27	0,3	29
ЗАО Страховая группа «Спасские ворота-М»	2,5	10	2,5	39	1,1	23	1,8	20	0,2	30
ЗАО МСК «Солидарность для жизни» Совита	3,8	8	3,8	33	1,8	16	1,6	22	1,1	21
ООО СК «АСКОМЕД»	0,4	23	5,4	21	1,5	19	1,6	22	3	7
ООО «МСК «МЕДСТРАХ»	1,1	16	0,5	51	1,7	17	1,8	20	0	32
ОАО СМК «Югория-Мед»	1,9	13	2	44	2	14	1,3	25	0,5	27
ЗАО СМК «АСК-Мед»	1	17	6,1	19	1,9	15	7,4	3	2	14
ЗАО МСО «Надежда»	1	17	4	31	1,8	16	2,1	17	0,9	23
ООО СК «Даль-Росмед»	0,8	19	3,7	34	1,4	20	0,4	31	0,5	27
ООО ВСК - Милосердие	0,1	26	19	4	4,7	5	2,6	14	1,2	20
ОАО СМО Сибирь	4,9	6	2,3	41	1,5	19	2,7	13	2	14
ОАО «ГСМК»	0,6	21	6,1	19	1,4	20	11,7	1	1,4	18
ООО СМК «Астра-Металл»	0,9	18	4,1	30	1,2	22	1,9	19	3,3	5
ЗАО СМК «Сибирский Спас-Мед»	0,1	26	13,7	8	3,4	9	3	11	1	22
ООО «МСК-ВИРМЕД»	0,7	20	3,8	33	0,7	27	2,5	15	2	14
ООО «АльфаСтрахование МС»	1,5	14	3,8	33	0,9	25	1,6	22	1,9	15
ООО СМК «АСТРАМЕД -МС»	2,5	10	3,1	36	0,7	27	3	11	1,5	17
ООО СК «Капитал-полис Мед»	0,3	24	9,2	12	2,5	12	3,6	8	0,9	23
ОАО ГСМК «Сахамедстрах»	0,5	22	4,9	26	2,2	13	1,6	22	0,9	23
ЗАО СМО «Спасение»	0,1	26	4,2	29	1,4	20	6,2	5	2,3	12
ЗАО «СК «АВЕСТА-Мед»	0	27	84,6	2	11,4	3	3	11	1,9	15

Объем тематических экспертиз *, в %		Нарушения в экспертной деятельности СМО, в %		Объем штрафных санкций к страховой медицинской организации, в %		Деятельность страховой медицинской организации по информированию застрахованных лиц, в %		Проведение социологических опросов, ед.		Наличие обоснованных жалоб на работу СМО, ед.		Результативность до-судебной и судебной деятельности СМО *, в %		Доступность в получении информации для застрахованных лиц, человек		Информационная активность СМО в медицинских организациях, в %	
Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
26,9	16	2,5	18	0,7	7	1,4	21	57,2	15	0,2	3	84,7	18	5,2	41	51,5	19
21,1	23	1,8	15	0,2	3	6	5	43,3	25	0,5	5	95,1	11	9	29	38,5	28
14,5	30	1,5	12	0,2	3	1,7	19	56,5	16	0,1	2	93,6	12	7,3	34	45,6	23
24,2	19	1,7	14	0,3	4	0,4	31	31,9	34	0	1	95,8	9	9,9	25	25,6	38
1,9	45	2	16	0	1	8,9	4	13,1	52	0,8	6	100	1	6,4	37	20	40
12,6	32	0,5	6	0,1	2	0,9	26	75,5	8	0	1	85,4	16	8,3	31	60,4	13
0,4	52	0,1	2	0	1	0,5	30	11,4	54	0	1	95,7	10	3,5	51	38,1	29
0	55	0	1	0	1	0,7	28	25,9	40	0	1	83,3	19	29,8	4	0,1	61
28,8	14	0,3	4	0,1	2	0,5	30	67,6	12	0	1	99,2	4	9	29	34,2	33
2,5	43	0,9	8	0	1	10,2	3	10,9	56	0	1	0	жалобы не поступали	0,8	61	63,3	12
4,4	38	0,4	5	0,2	3	5,8	6	56,5	16	0,3	4	100	1	4,6	44	26,7	37
6,6	35	1	9	0	1	2	18	46,9	24	0,2	3	100	1	7,6	33	32,1	35
4,4	38	0	1	0	1	0,5	30	49,6	21	0	1	77,2	23	18,3	13	42,9	25
0	55	5,7	25	0	1	10,2	3	0,7	67	0	1	100	1	3,2	52	19,6	41
17,6	27	0	1	0	1	0,6	29	55,4	18	0	1	92,2	13	3,9	47	27,5	36
3,7	40	2	16	0,3	4	0,9	26	30	36	0,1	2	99,9	2	10	24	7,5	54
27,4	15	1,1	10	0	1	1,3	22	49,1	22	0	1	97,4	7	3,9	47	57,8	16
4,8	37	0,3	4	0	1	0,3	32	14,1	49	0	1	100	1	3,1	53	58,5	14
29,1	13	3,8	20	1,9	8	1,3	22	58,6	13	0	1	81,8	20	29,6	6	8,1	53
25,1	18	1	9	0	1	2,4	15	78,8	6	0	1	100	1	4,3	46	94	3
1,7	46	1,1	10	0	1	0,9	26	16,2	47	0,3	4	99,6	3	9,5	27	36,6	32
1,6	47	1,1	10	0,6	6	1,1	24	22,5	44	1,1	7	97,1	8	16,2	16	34	34
0,9	50	2,4	17	0	1	0,5	30	39,2	29	0	1	100	1	6,1	38	51,4	20
4,2	39	0	1	0	1	0,5	30	12	53	0	1	0	жалобы не поступали	16,6	15	49,7	22
62	3	2	16	0	1	0,1	34	14	50	0	1	100	1	8,8	30	66,1	11
5,6	36	4,7	23	0	1	1,2	23	4,6	62	0	1	97,8	6	3,9	47	49,9	21
12,2	33	0,7	7	0,1	2	0,9	26	34,9	32	0,2	3	100	1	7,6	33	6	55
36,2	11	1,1	10	0	1	2,9	13	28,1	39	0	1	100	1	4,3	46	100	1
14,6	29	0,4	5	0	1	3	12	13,3	51	1,4	8	98	5	11,3	21	11,5	51
17,2	28	1,2	11	0,7	7	2	18	104,3	5	0	1	0	жалобы не поступали	29,7	5	0,4	60

Наименование страховой медицинской организации	Численность застра- хованных лиц*, в %		Обеспеченность пунктами выдачи полисов обязатель- ного медицинского страхования*, ед.		Обеспеченность спе- циалистами- экспе- ртами медицинской помощи*, человек		Объем медико- экономических экс- пертиз*, в %		Объем экспертиз ка- чества медицинской помощи*, в %	
	Значе- ние	Место	Значе- ние	Место	Значе- ние	Место	Значе- ние	Место	Значе- ние	Место
1	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ООО МСО «Панацея»	0,6	21	1,8	45	0,6	28	1,2	26	1,5	17
ОАО «ГМСК «Заполярье»	0,2	25	4,3	28	1,4	20	0,6	30	0,4	28
ОАО «МСК «Новый Уренгой»	0,1	26	5,1	24	0,7	27	3,3	9	0,7	25
ООО СК «Интермедсервис-Сибирь»	0	27	7,7	15	2,6	11	1,2	26	0,2	30
ООО СМК «Седар-М»	0	27	18,3	5	3,7	7	0,8	29	0,2	30
ООО «МСК-Медицина»	0,4	23	0,6	50	1,5	19	2,1	17	2,4	11
ЗАО «КМС»	0,4	23	3,9	32	1,4	20	2,7	13	0,8	24
ООО МСК «Медика-Восток»	0,5	22	5,5	20	3,6	8	1,9	19	0,9	23
ООО СМО «Восточно-страховой альянс»	1	17	2,8	38	1,5	19	0,4	31	0,1	31
ООО МСК «ЭМЭСК»	1,4	15	1,8	45	0,7	27	1,9	19	1	22
ОАО МСК «Дальмедстрах»	0,5	22	3,1	36	2,6	11	1,5	23	0,7	25
ООО МСК «ИНКО-МЕД»	0,9	18	3	37	0,5	29	11,2	2	11,1	2
ОАО «МАСКИ»	0,2	25	1,6	46	3,3	10	2,8	12	1,5	17
ЗАО «ОМСК»	0,3	24	5,2	23	1,7	17	0,4	31	1,5	17
ООО «Страховая компания «СДС-Медицина»	0	27	16,9	6	4,2	6	1,7	21	0,2	30
ООО СМО «ЖСО-Медицина»	0,1	26	12,1	9	2,2	13	2,7	13	1	22
ООО СМО «ЦМС»	0	27	138,8	1	0	31	2,1	17	0,1	31
ООО МСК «АСКО-ВАЗ»	0,3	24	2,1	43	2,6	11	2,1	17	5,9	3
ЗАО «Самара-Мед»	0,8	19	6,7	18	1	24	1,9	19	11,5	1
ЗАО СК «Альянс-Мед»	0,1	26	5	25	1,2	22	2,2	16	4,1	4
ОАО МСО «Росмедстрах-К»	0,3	24	4,6	27	0,9	25	1,9	19	2,6	9
ООО СК «КАСКО-МС»	0,1	26	1	48	1	24	0	33	0	32

Объем тематических экспертиз*, в %		Нарушения в экспертной деятельности СМО, в %		Объем штрафных санкций к страховой медицинской организации, в %		Деятельность страховой медицинской организации по информированию застрахованных лиц, в %		Проведение социологических опросов, ед.		Наличие обоснованных жалоб на работу СМО, ед.		Результативность до-судебной и судебной деятельности СМО*, в %		Доступность в получении информации для застрахованных лиц, человек		Информационная активность СМО в медицинских организациях, в %	
Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
6,7	34	0	резк-спер-тиза не проводилась	0,7	7	4,8	8	41,9	27	0	1	100	1	5,9	39	3,8	58
0,2	54	0	1	0	1	0	35	29,7	37	0	1	100	1	2,5	56	58,3	15
12,6	32	0	резк-спер-тиза не проводилась	0	1	0,5	30	157,7	3	0	1	100	1	1,5	59	37,5	30
0,9	50	0	1	0,4	5	0	35	25,1	42	0	1	100	1	35,9	2	0	62
0	55	0	1	0	1	88,5	1	176,1	2	0	1	0	жалобы не поступали	22	11	0	62
0,3	53	0	1	0	1	0,5	30	75,8	7	0	1	100	1	3,5	51	39,3	26
23,3	20	0,4	5	0	1	0,1	34	24,5	43	0	1	100	1	3	54	14,6	46
58,3	4	5,6	24	0	1	3,9	10	191,5	1	0	1	100	1	14,6	17	88,3	6
1,9	45	0,1	2	0	1	4,8	8	1,5	65	0,1	2	100	1	1,7	58	100	1
0	55	9,3	27	0	1	0,2	33	39,1	30	0	1	100	1	5,9	39	82,1	8
31	12	0	1	0	1	0,6	29	16	48	0	1	79	21	6,8	36	100	1
53	6	1,6	13	0	1	0,1	34	56,3	17	0	1	100	1	7,3	34	100	1
22,9	21	1,1	10	0	1	17,4	2	57,6	14	0	1	0	жалобы не поступали	48,1	1	71,6	9
1,5	48	0,3	4	0	1	0,1	34	9,2	58	0	1	100	1	18,8	12	100	1
0	55	18,2	28	0	1	0	35	33,3	33	0	1	100	1	7	35	36,8	31
19	26	0	1	0	1	0,7	28	42,9	26	0	1	0	жалобы не поступали	5,5	40	51,9	18
0	55	0	резк-спер-тиза не проводилась	0	1	0	35	0	68	0	1	0	жалобы не поступали	23,1	10	22	39
36,6	10	0	1	0	1	2,2	16	53,1	19	0	1	60,7	24	13,3	20	66,7	10
0,5	51	0,1	2	0	1	0,3	32	28,3	38	0	1	0	жалобы не поступали	14,3	18	55,3	17
0	55	0	1	0	1	0	35	48,5	23	0	1	100	1	5	42	5,4	56
4,4	38	0	1	0,7	7	1,2	23	41,8	28	0	1	100	1	7,7	32	87	7
3,5	42	1,2	11	0	1	0,2	33	69,9	11	0	1	0	жалобы не поступали	4,8	43	16,9	42

Наименование страховой медицинской организации	Численность застра- хованных лиц*, в %		Обеспеченность пунктами выдачи полисов обязатель- ного медицинского страхования*, ед.		Обеспеченность спе- циалистами- Экспер- тами медицинской помощи*, человек		Объем медико- экономических экс- пертиз*, в %		Объем экспертиз ка- чества медицинской помощи*, в %	
	Значе- ние	Место	Значе- ние	Место	Значе- ние	Место	Значе- ние	Место	Значе- ние	Место
1	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ООО СМК «Новолипецкая»	0,1	26	1,5	47	1,5	19	0	33	0	32
ОАО МСК «АВЕ»	0,1	26	6,8	17	1,2	22	0	33	0,1	31
ООО МСК «Икар»	0,5	22	2,2	42	1,6	18	1,2	26	0,2	30
ОАО СМК «Милосердие и благополучие»	0,1	26	2,8	38	0,9	25	3,3	9	1,3	19
ООО «СМО «СИМАЗ-МЕД»	0,5	22	1,6	46	0,7	27	6,9	4	2,1	13
ООО МСК «АСКО-ЗАБОТА»	0,6	21	3,6	35	0,5	29	1	28	0,8	24
ООО МСК «АсСтра»	0,4	23	2,3	41	1	24	1,7	21	3,2	6
ООО «МСК СТРАЖ»	0,1	26	25,7	3	8,6	4	1	28	0,2	30
ООО СМК «Урал-Рецепт М»	0,3	24	4,1	30	0,5	29	3,1	10	2,8	8
ООО МС «Мекус- АМТ»	0,2	25	4,9	26	0,9	25	2,7	13	2,5	10
ЗАО СК «ББ -Здоровье»	0,1	26	0,7	49	0	31	2,7	13	1,5	17
ООО СМК «УГМК - Медицина»	0,2	25	9,8	10	0,3	30	1,2	26	2,5	10
ООО СК «Медика-Томск»	0,3	24	7,9	14	0,9	25	0,4	31	2,6	9
ОАО МСК «САНА»	0	27	14,6	7	14,6	2	0,2	32	0	32
ГК «Забайкалмедстрах»	0,7	20	3,7	34	0,8	26	1,5	23	1,6	16
ООО СК «Экофонд»	0,3	24	2,1	43	0,8	26	1,3	25	0,7	25
ЗАО «БМСК»	0,2	25	4,6	27	1,3	21	1,4	24	0,9	23
ООО СК «АК БАРС Мед»	2,3	11	1,6	46	0,5	29	1,2	26	2	14
ООО «СМО Чулпан-Мед»	0,2	25	9,3	11	2,5	12	2,2	16	0,8	24
ОАО «Чувашская МСК»	0,2	25	8,6	13	1,2	22	1	28	1	22
ОАО «СК»Чувашия-Мед»	0,7	20	6,7	18	1,9	15	1,2	26	1,3	19

Рейтинг составлен на основании показателей деятельности страховых медицинских организаций за 1 полугодие 2012 года.

* – В случае, когда страховой медицинской организации присвоено место, а в ячейке указан «0», значение показателя менее 0,05.

Объем тематических экспертиз*, в %		Нарушения в экспертной деятельности СМО, в %		Объем штрафных санкций к страховой медицинской организации, в %		Деятельность страховой медицинской организации по информированию застрахованных лиц, в %		Проведение социологических опросов, ед.		Наличие обоснованных жалоб на работу СМО, ед.		Результативность досудебной и судебной деятельности СМО*, в %		Доступность в получении информации для застрахованных лиц, человек		Информационная активность СМО в медицинских организациях, в %	
Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
20,6	25	8,5	26	0	1	0,7	28	25,3	41	0	1	0	жалобы не поступали	13,7	19	12,5	50
0	55	0	резкспертиза не проводилась	0	1	0,7	28	50,6	20	0	1	100	1	3,7	49	100	1
2,1	44	3,9	21	0,2	3	0,3	32	1,4	66	0	1	100	1	3,7	49	5,1	57
3,6	41	0	1	0	1	0,5	30	0	68	0	1	100	1	10,1	23	2,8	59
14,3	31	3,3	19	0,3	4	2,6	14	8,3	59	0	1	100	1	1,8	57	100	1
44,2	8	1,6	13	0	1	0,8	27	16,4	46	0	1	86,5	15	3,8	48	44,7	24
3,7	40	4,3	22	0	1	0,3	32	22	45	0	1	100	1	2,9	55	15,5	44
0,3	53	0	резкспертиза не проводилась	0	1	4,4	9	3,7	64	0	1	100	1	30,6	3	12,7	49
2,1	44	0	1	0	1	0,2	33	5,2	61	0	1	100	1	10,1	23	11,1	52
26,9	16	50	30	0,3	4	3,2	11	11,3	55	0	1	85,1	17	25,6	8	14,2	47
14,5	30	0	1	2,3	9	0,3	32	1,5	65	0	1	100	1	24,2	9	0	62
21	24	0	1	0	1	2,1	17	3,9	63	0	1	100	1	9,1	28	15,6	43
26,2	17	51,8	31	0	1	0,7	28	10,5	57	0	1	100	1	5	42	92,8	4
0	55	0,2	3	0	1	5,4	7	0	68	0	1	100	1	29,1	7	0	62
38	9	0	1	0	1	0,7	28	7,4	60	9,9	9	100	1	1,2	60	100	1
1,4	49	30	29	0	1	1	25	128,1	4	0	1	100	1	4,4	45	14,7	45
99,8	1	0,3	4	0	1	0,9	26	72,9	9	0	1	100	1	5	42	12,9	48
46,3	7	2	16	0	1	1,4	21	14,1	49	0	1	77,6	22	3,6	50	94,3	2
22	22	0,4	5	0	1	1,6	20	72,3	10	0	1	87	14	18,2	14	90,5	5
54,2	5	0,9	8	0,2	3	2,2	16	37,4	31	0	1	0	жалобы не поступали	9,8	26	38,9	27
85	2	1,8	15	0,1	2	5,8	6	31,4	35	0	1	100	1	11,1	22	100	1

Обязательное медицинское страхование и социальная политика в СМИ

Кризис здоровья. По состоянию здравоохранения Россия не соответствует клубу стран ОЭСР

Почему Россия болеет?

ОЭСР проанализировала здравоохранение и обнаружила три главные причины его плохого состояния.

По состоянию здравоохранения Россия не соответствует клубу стран ОЭСР.

Нездоровый образ жизни, огромное региональное неравенство доступности медуслуг и неспособность системы здравоохранения оказать своевременную и качественную помощь - таковы три основные причины слабого здоровья россиян, выяснила ОЭСР.

В России невероятно высокий уровень смертности, а продолжительность жизни крайне низкая, пишет Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) в обзоре системы здравоохранения России. Обзор - составная часть общей оценки соответствия национальной политики нормам ОЭСР, к которой Россия хочет присоединиться.

Уровень смертности в России вдвое превышает средний по странам ОЭСР, более того - его рост прекратился только в середине 2000-х, тогда как в других странах ОЭСР он неуклонно снижался с 1970-х гг. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), вероятность умереть от неинфекционных болезней (рак, болезни сердца) в возрасте 30-70 лет у россиянина превышает 35% - такой уровень, называемый ВОЗ «кризисом здоровья взрослого населения», характерен только для некоторых африканских стран, Украины и южных стран СНГ. Причина многих неинфекционных болезней - в нездоровом образе жизни россиян, пишет ОЭСР: алкоголь становится причиной смерти, прямо или косвенно, примерно 500 000 человек ежегодно, курение убивает еще 350 000-500 000. Скудный рацион ведет к заболеваниям системы кровообращения: сердечно-сосудистые - причина почти 60% смертей (35% - в среднем по ОЭСР).

Смертность и заболеваемость очень тесно связаны с социальным уровнем: например, среди безработной молодежи 20-29 лет уровень смертности в 7-11 раз выше, чем у социально адаптированной (разные, впрочем, и причины смерти). Не меньше впечатляет ОЭСР дифференциация между регионами по доступу к услугам здравоохранения, и, хотя ряд регионов имеет собственные программы развития медпомощи или привлечения врачей в сельские районы, пока нельзя назвать их успешными. При этом по количеству врачей на 1000 человек Россия уступает только Швеции и Австрии (4,3 против 5,6 и 4,6 соответственно). Региональный разрыв в уровне финансирования на душу населения почти семикратный (от примерно 3500 руб. в Ингушетии до более 23 000 руб. в Москве и на Сахалине).

Медицина не способна удовлетворить потребности россиян не только в высокотехнологичной помощи (сконцентрирован-

ной в европейской части страны), но и в качественной (из-за недостатка препаратов, оборудования и т. п.) и своевременной. Почти две трети россиян не удовлетворены качеством медицины, около 80% считают, что за последние годы ее уровень не изменился или ухудшился, и не спешат к докторам. В итоге для большинства визит к врачу заканчивается госпитализацией, уровень которой особенно высок в сельской местности. По числу больничных коек для выхаживания тяжелобольных Россия - абсолютный лидер (9,3 на 1000 человек; на втором месте - Япония, 8,1).

Живут россияне меньше, чем даже жители стран с сопоставимыми расходами на медицину (см. врез): например, в Турции ожидаемая продолжительность жизни - 73 года, это минимум в ОЭСР, а в России - 68,6 (2009 г.). Продолжительность жизни увеличивается, уточняет ОЭСР, но пока так и не достигла максимума середины 1980-х (70 лет для родившихся в 1985-1986 гг.).

Госрасходы на здравоохранение в России - 4,7% ВВП в 2012 г. - ниже, чем в странах ОЭСР (минимум - 6,1% ВВП - в Мексике), но и эти деньги тратятся недостаточно эффективно, считает ОЭСР. Сравнение с другими странами показывает, что похожий уровень эффективности (она измеряется такими индикаторами, как младенческая смертность, продолжительность жизни, число терапевтов на 1000 населения и т. п.) достигается при расходах на 30-40% меньше. Российские власти увеличили траты на профилактику болезней (от алкоголя, табака), своевременную помощь при ДТП, что, вероятно, и сказалось на прекращении роста смертности, одобряет ОЭСР, но неэффективность госрасходов вкупе со смещением фокуса на профилактику, вероятно, стала причиной недостаточного внимания к хроническим заболеваниям, смертность от которых в России необычайно высока.

Бюджеты на оказание медицинской помощи не оптимизированы: деньги выделяются по разным каналам на одно и то же, замечает директор аналитической компании Cegedim Strategic Data Давид Мелик Гусейнов. Финансирование лечебно-профилактических учреждений осуществляется по количеству койко-мест, но эти показатели нередко завышаются. Основные средства должны быть направлены на оказание первичной медицинской помощи и амбулаторное звено должно частично нести расходы за «упущенных» им пациентов, попадающих в больницу, считает Мелик-Гусейнов: в России 80% операций носят экстренный характер, в мире эту долю занимают плановые. За время реализации программ модернизации парк медицинской техники в России вырос в разы, но большинство оборудования продается в стране с гарантией год (в мире - 5-7 лет), потом или никто не обслуживает технику, или обслуживают несертифицированные компании, добавляет президент «GE Healthcare в России и СНГ» Вячеслав Грищенко. Кроме того, в России нет программ обучения для персонала,

работающего с техникой. Новый министр здравоохранения Вероника Скворцова назвала образование в числе приоритетов и пообещала провести ревизию в регионах, чтобы определить, насколько программа модернизации помогла пересмотреть конечный фонд, сместив медпомощь в амбулаторное звено.

Сколько тратить

Расходы в России на здравоохранение на душу населения (по паритету покупательной способности) - около \$1000 (в том числе государственные - около \$400), это сопоставимо с Турцией, Мексикой, Эстонией, Польшей, Чили. Максимальные расходы в США - более \$6000 (государственные - \$3800).

*Ведомости, Москва, Ольга Кувшинова
(9-06-2012)*

РОМИР: большинство россиян в течение года пользовались платной медициной

Подавляющее большинство россиян (67%) в течение года пользовались платными медицинскими услугами. Такие данные были получены в ходе опроса исследовательским центром РОМИР. Большая часть опрошенных предпочитает оплачивать медицинские услуги наличными. Однако совокупная доля пользователей медицинских страховок, как корпоративных, так и личных (15%), тоже уже достаточно заметна.

Клиентами в сфере платных медуслуг значительно чаще выступают женщины (75% против 60% у мужчин), респонденты в возрасте до 35 лет, а также россияне со средним и высоким уровнем доходов. Чем моложе респонденты, тем популярнее у них корпоративные и личные страховки, и наоборот - чем старше, тем чаще они выбирают «наличный расчет» с медицинским учреждением.

В сообщении РОМИР также отмечается, что по сравнению с 2005 г. россияне стали более активно пользоваться услугами частных медучреждений, при этом роль государственных поликлиник и больниц на рынке платных медуслуг остается по-прежнему преобладающей. В частности, больше 60% опрошенных пользовались платными услугами в районных и ведомственных поликлиниках и больницах. Частные клиники чаще выбирают наиболее активные клиенты этого рынка: женщины и респонденты в возрасте до 35 лет.

По данным опроса, средняя сумма, которую россияне потратили за последний год на платные медуслуги, достигает 8 тыс. 700 руб. В 2005 г. эта сумма составила в среднем 5 тыс. 600 руб. Однако, с учетом инфляции, считают эксперты РОМИР, говорить о каком-то значительном росте объема потребления платных медуслуг населением за этот период сложно.

Рейтинг популярности видов платных медицинских услуг несколько изменился за 7 лет. Россияне стали чаще пользоваться услугами платной стоматологии (рост с 63% до 74%). На 5-е место в рейтинге поднялась косметология, которая раньше занимала 12-е место. Все остальные изменения - в рамках статистической погрешности. Эксперты отмечают, что рейтинг платных медицинских специалистов отличается у различных групп респондентов. Если у мужчин в пятерку наиболее ча-

сто посещаемых платных врачей попали стоматолог, терапевт, окулист, хирург и кардиолог, то у женщин, помимо первых трех специалистов, - гинеколог и косметолог.

Наиболее высока доля посещающих платных лоров, аллергологов, иммунологов и психологов среди респондентов 25-34 лет. Доля пациентов окулистов, хирургов, кардиологов, неврологов, эндокринологов и гастроэнтерологов увеличивается с возрастом респондентов. Наибольший интерес к косметологии проявляют респонденты до 25 лет и после 45. А вот платной стоматологии все возрасты покорны примерно в равной степени, только молодежь до 24 лет посещает платных стоматологов чуть чаще.

Большинство из тех, кто не пользуется платными услугами, заявляют, что не видят в этом необходимости, поскольку не болеют (55%) или их вполне устраивает качество бесплатных медуслуг, предоставляемых государственной медициной (19%). Лишь 23% опрошенных, из тех, кто не пользуется платной медициной, считают, что просто не могут себе ее позволить. Чаще всего о том, что они не болеют, заявляют мужчины (60% против 46% у женщин), респонденты в возрасте до 35 лет и респонденты со средним и высоким уровнем доходов.

Как отметили в РОМИР, за 7 лет значительно снизилась (с 21% до 9%) доля опрошенных, заявляющих, что даже в критической ситуации они не в состоянии оплатить никакие виды платных медицинских услуг. При этом незначительно выросла доля тех, кого устроит бесплатная государственная медицина, а также тех, кто в принципе готов при необходимости оплатить как недорогие, так и любые другие виды платного лечения.

В опросе приняли участие 1 тыс. респондентов в возрасте от 16 до 50 лет и старше, проживающих в городах с населением от 100 тыс. и выше, из 8 федеральных округов. Выборка репрезентирует взрослое городское население России.

*РИА РосБизнесКонсалтинг (rbc.ru), Москва,
(28-06-2012)*

Его величество пациент. Академик РАМН Ю.И. Бузиашвили: Российские медики проиграли войну за потребителя

Ни в коем случае нельзя превращать медицину в сферу обслуживания. Это высокоинтеллектуальная сфера деятельности. Об этом корреспондент «РГ» беседует с главным кардиологом Москвы Юрием Бузиашвили.

Юрий Иосифович, меня, честно, всегда коробит, когда говорят «медицинские услуги», «оказание медицинских услуг». Согласитесь, это скорее из сферы услуг парикмахерских, прачечных и так далее. Нисколько не умаляя их значимость, все-таки, врач должен отличаться от представителей данных служб?

ЮРИЙ БУЗИАШВИЛИ: Стало модным сейчас употреблять словосочетание «элита общества». Считаю, элита общества - это сообщество врачей. Постараюсь объяснить почему. Врачей касается все, что обеспечивает жизнь человека во всех ее проявлениях. Это и экология, и качество продуктов, и условия социальной жизни... Это, если угодно, и уровень напряжения в обществе. Ведь все это влияет на его величество пациента.

Пациент, по-вашему, синоним величества?

ЮРИЙ БУЗИАШВИЛИ: Только так! Сто процентов живущих на земном шаре людей в тот или иной момент становятся пациентами. Иного не дано. И, значит, человек, получивший диплом врача, неминуемо тут же становится вершителем судеб. Врач в отличие, скажем, от политиков, бизнесменов не идет годами к вершине властителя судеб. Он становится им, надев медицинский халат. Скажу больше, что желание выделиться у человека стоит на втором месте после инстинкта самосохранения. И мое желание показать свои достижения может быть адресовано только моим коллегам. Им меня судить.

Почему именно сейчас вы так эмоционально об этом говорите? Разве в другие времена что-то было по-иному?

ЮРИЙ БУЗИАШВИЛИ: Мы все родом из могучей страны - Советского Союза. И надо признать, что медицина Советского Союза практически выполнила все поставленные перед ней задачи: искоренение инфекционных болезней, увеличение рождаемости, увеличение продолжительности жизни, обеспечение ежегодной диспансеризации. И не важно, каким путем это было достигнуто. Факты - вещь упрямая. А потом... Мы умудрились за годы перехода к рынку утратить доверие к отечественной медицине.

Утратить настолько, что например, россияне приезжают в Карловы Вары, чтобы... поставить зубные импланты. Когда я там заметила, что это успешно делается во многих городах России, что это вообще не проблема, мне попросту не поверили.

ЮРИЙ БУЗИАШВИЛИ: И знаете, почему не поверили? Мы, российские медики, проиграли войну за потребителя. Да, экономика движет всем. Медицина - не исключение. И десятки миллиардов долларов, идущих на оплату лечения за рубежом, еще десятки миллиардов долларов, идущих на оплату оккультных методов «лечения» (колдовство, походы к экстрасенсам, привороты и т. д.), это два основных проигранных отечественным здравоохранением фронта. Хочется крикнуть: Люди! Очнитесь!

Ничуть не умаляя достоинства зарубежной медицины, со всей ответственностью заявляю: наше врачевание может, умеет многое. И, что немаловажно, во многом ближе к особенностям нашего пациента. Другое дело, что не по своей причине наши медики нередко не могут обеспечить все необходимое пациенту. Разве от врача зависит, что в палате, где лежит больной, на стенах цветет грибок? Или купленный в аптеке препарат - фальшивка?

Пациенту нет никого до этого дела. Ему лечиться надо. И он в тех же Карловых Варах пойдет в аптеку и там за меньшие деньги купит препарат, который не вызывает сомнений.

ЮРИЙ БУЗИАШВИЛИ: За державу обидно. Недавно стал невольным свидетелем жуткой сцены. На прием к заместителю главного врача поликлиники - молодой женщине - пришла пожилая пациентка, которой в свое время была пересажена почка. Известно, что в подобных случаях, пациенты всю жизнь должны принимать соответствующие препараты. Был такой показан и данной пациентке. Пришла же она к замглавного потому, что лечащий врач ей данный препарат не выписывает по той простой причине, что администрация города почему-то закупила не этот препарат, а его аналог. И замглавного помочь ничем не смогла: раз препарат не поступил, его нельзя выписывать. Таков закон. Пациентка на грани истерики разорвала

рецепт и бросила его на стол побледневшему заму главного, которая с горечью призналась, что это не единственный случай. Какая уж тут элита общества!

О таких фактах и наша редакционная почта нередко сообщает. Горько слышать. Тем более от главного кардиолога Москвы. Вы считаете, что данную ситуацию можно в обозримом будущем изменить?

ЮРИЙ БУЗИАШВИЛИ: Жизнь меня научила - безвыходных ситуаций не бывает. Изменения возможны лишь при правильно выстроенном образовательном процессе и соответствующей оплате. Если первое может решить государство, то к решению второго вопроса - оплате - должна подсоединиться коммерческая медицина. Правда, для этого ей должны быть предоставлены некие льготы. Государство знает, как это следует делать, то есть как управлять с помощью льгот. Это так называемое государственно-частное партнерство. Могу предсказать возможность и перспективы такого процесса.

Для частной клиники не имеет значения, кто будет оплачивать ее деятельность. При условии гарантированного государственного заказа уверен, что цены в этих клиниках станут приемлемыми для среднестатистического россиянина. Выиграем от такого сотрудничества мы все. И тогда, почти стопроцентно, упадет необходимость экономить на приобретении тех же дорогостоящих оригинальных препаратов, оборудования. И не станут пациенты в отчаянии рвать рецепты.

Позволю недавний пример.

Государственная корпорация «Ростехнологии» удачно решила вопрос о выпуске на территории России одного из лучших в мире компьютерных томографов. При условии их сборки на территории России. Это в разы удешевило продукцию и сэкономило государству миллионы долларов.

Такой пример достоин тиражирования для приобретения всего дорогостоящего оборудования и препаратов.

*Российская газета, Москва, Ирина Краснополянская
(10-07-2012)*

Оборот компаний фармацевтического рынка России за последние 5 лет увеличился в 3 раза

Согласно данным исследования ИА Крединформ «Производство фармацевтической продукции в России», экономический кризис практически не повлиял на финансовые показатели компаний фармацевтического рынка. В 2009 году выручка предприятий отрасли составляла порядка 170 млрд руб., а в 2012 году ожидается рост до 235 млрд руб. Таким образом, в годы кризиса прирост выручки составил около 31% (2010 год относительно 2009 года). За временной промежуток в 5 лет, к концу 2012 года, ожидается увеличение оборота отрасли приблизительно в 3 раза.

За последние несколько лет значительно изменилась структура потребления фармацевтических препаратов: от дешевых лекарственных средств к более дорогим и эффективным.

Среди главных факторов, определяющих развитие российского фармацевтического рынка, сегодня отмечается рост рублевых расходов на закупки лекарственных препаратов.

В 2012 году ожидается активный рост и развитие российской фармацевтики, в частности, свой вклад в его рост сделает государство через принятие закона об импортзамещении фармацевтической продукции.

*РИА РосБизнесКонсалтинг (rbc.ru), Москва,
(11-07-2012)*

Топилин: зарплата соцработников в РФ будет расти ежегодно на 20-25%

Заработная плата социальных работников в России с 2013 года будет ежегодно увеличиваться на 20-25%, сообщил министр труда и соцзащиты Максим Топилин.

В одном из своих первых указов президент поручил кабинету министров обеспечить поэтапное повышение к 2018 году средней зарплаты социальных работников, включая социальных работников медицинских организаций, младшего и среднего медицинского (фармацевтического) персонала - до 100% от средней заработной платы в соответствующем регионе.

«Мы ожидаем, что средняя заработная плата соцработников, которая сейчас составляет около 8 тысяч рублей, будет увеличиваться ежегодно на 20-25%», - отметил Топилин.

По его словам, министерство ведет активную работу в этом направлении.

«В настоящее время отраслевые министерства ведут расчеты по определению потребности в дополнительных средствах федерального и региональных бюджетов. Со своей стороны Минтруд прорабатывает вопрос об источниках повышения заработной платы социальных работников, которые трудятся в учреждениях муниципального и регионального подчинения», - добавил Топилин.

Вместе с тем он добавил, что зарплата может быть повышена только в связке с мерами по повышению производительности труда.

«Стимулированием работников к эффективной работе, их переобучением. В конечном итоге все это скажется на повышении качества госуслуг - в этом ключевой момент реформирования социальной сферы», - заключил министр.

*РИА Новости (ria.ru), Москва,
(11-07-2012)*

Радионуклиды по рецепту. В Обнинске появится центр ядерной медицины

Без лучевой терапии трудно представить современное лечение онкологических болезней. Однако при всех преимуществах этого метода есть у него очень серьезные недостатки.

Лучами поражаются не только сама опухоль, но и здоровые ткани, здоровые органы. Потому все чаще в мире переходят от этой методики лечения к радионуклидной терапии. В чем ее суть? Об этом наш корреспондент беседует с директором Медицинского радиологического научного центра Минздрава России академиком РАМН Анатолием Цыбом.

Анатолий Федорович, ваш центр, который находится в первом наукограде России - Обнинске, всемирно известен. В нем с помощью лучей лечатся тяжелейшие онкологические и не онкологические болезни. Как это соотносится с лучевой болезнью?

АНАТОЛИЙ ЦЫБ: Да, лучи опасны. И хотя давно стало очевидным, что они способны уничтожать опухоли, особенно в щитовидной железе, они могут приводить к развитию лучевой болезни. Заболеванию опаснейшему, которое заканчивается или глубокой инвалидностью, или смертью пациента.

Однако, несмотря на эти последствия, от лечения лучами мир не отказался. Одно из подтверждений тому - создание вашего центра. Почему?

АНАТОЛИЙ ЦЫБ: И не только центра в Обнинске, который один из крупнейших в мире. Подобные есть и открываются во всех цивилизованных странах. Объясню почему. Люди научились управлять лучами, научились использовать их полезные качества и при этом избавлять пациентов от негатива.

Однако и по сей день, если онкологическому пациенту прописаны лучи, то это неизменно сопровождается нежелательными последствиями, назначением пациенту сопутствующей терапии...

АНАТОЛИЙ ЦЫБ: Даже самое, казалось бы, безобидное лекарство от кашля или насморка имеет побочный эффект. Потому, назначая тот или иной препарат, врач обязан об этом сообщать пациенту. И исходим мы из того, что перевешивает на чаше весов - польза или вред. Так и с лучами. Их положительный эффект бесспорен. С помощью лучевой терапии спасены миллионы жизней. Другое дело, что постоянно, и у нас в Центре тоже, идет поиск более безопасного использования лучей. Вот почему для нас так важно, что на нашей базе планируется открытие специализированного центра ядерной медицины. Он позволит продвинуть отечественные разработки в этой области, прежде всего по радионуклидной терапии. При ней лучевое воздействие проводится не путем внешнего облучения, при котором неизбежно страдают соседние ткани и органы пациента. А путем введения в организм специального лучевого препарата либо через рот, либо внутривенно, либо с помощью инъекций в больной орган или ткань. При таком способе локальной доставки изотопов соседние органы или ткани не поражаются. А эффект воздействия на больной орган значительно выше.

В каких случаях показано такое лечение?

АНАТОЛИЙ ЦЫБ: Прежде всего при раке щитовидной железы, особенно при наличии метастазов. Это единственный современный метод лечения данного вида рака. Очень обнадеживающий эффект дает лечение тиреотоксикоза - не злокачественного, но очень тяжелого заболевания. Обычно оно лечится с помощью различных препаратов долго и почти без эффекта. И, как правило, в конечном итоге приходится прибегать к оперативному лечению.

Наш метод - метод радионуклидной терапии - щадящий, безопасный, а главное, в 90 процентах случаев вылечивает пациента. Радионуклиды незаменимы при необходимости избавления человека от метастазов в костях при раке молочной и предстательной желез. Тут эффективность лечения от 60 до 80 процентов. Радионуклиды показаны и при лечении ревма-

тоидных артритов.

Что-то в это не очень верю: мучаются люди при этих болячках от диких болей, а пути избавления от них...

АНАТОЛИЙ ЦЫБ: Есть пути! Все те же радионуклиды. Но, к сожалению, российское здравоохранение лишилось этого проверенного способа лечения. Во всем мире он успешно применяется, позволяет добиться эффекта в 65 - 85 процентах случаев. Подобное лечение было в Советском Союзе. Потом мы лишились производства радионуклидов и утратили целое направление в отечественной ревматологии и в ядерной медицине.

Лишились навсегда?

АНАТОЛИЙ ЦЫБ: Надеюсь, что еще не все потеряно. При обязательном условии, что будет восстановлено производство отечественных радиофармпрепаратов. Далее. Надо оперативно решать кадровую проблему. Ведь какая бы ни была сверхсовременная аппаратура, на ней надо уметь работать, ею надо грамотно пользоваться. Пока такого нет. В медицинских вузах этому не учат. Нет и широкой последиplomной подготовки. Более того, в последнее время умудрились разделить то, что делить ни в коем случае нельзя: лучевую терапию отнесли в онкологию, а лучевую диагностику в общую медицину. Разрушили целостность подготовки специалистов по лучевой терапии.

И кто тогда станет трудиться в новом центре?

АНАТОЛИЙ ЦЫБ: Мы полагаемся на собственные силы, на собственных специалистов. Другое дело, что даже в новом центре мы не сможем оказать помощь всем, кто в ней нуждается. И потому убежден: надо заботиться не только об открытии центров высоких технологий, подобных нашему. Надо готовить для них кадры. Оптимизма мне добавляет то, что Минздрав поручил нам такие кадры готовить. Потому надеюсь, лечение с помощью радионуклидов перестанет быть уделом избранных, станет доступно всем, кто в таком лечении нуждается.

*Российская газета, Москва, Ирина Краснополянская
(13-07-2012)*

В 2011 г. продажи антибиотиков выросли на 7,1%

По данным «Анализа рынка антибиотиков в России», подготовленного BusinesStat в 2012 г., с 2007 по 2011 гг. стоимостный объем рынка антибиотиков в России вырос на 113% - с 14,2 до 30,2 млрд руб. Стоимостный объем продаж антибиотиков рос темпами, опережающими рост рынка в натуральном выражении. Опережение было обусловлено быстрым ростом цен на антибиотики: с 2007 по 2011 гг. средняя цена одной упаковки антибиотиков выросла на 74% - с 58,8 до 102,3 руб.

В 2011 г. продажи антибиотиков выросли на 7,1% и достигли 295 млн упаковок. В 2012-2016 гг. продажи антибиотиков вырастут на 16,9% - с 308,7 до 360,9 млн упаковок. Продажи антибиотиков растут благодаря высокому спросу, который во многом обусловлен тем, что микроорганизмы быстро становятся резистентными к новым препаратам, поэтому существует необходимость постоянно расширять ассортимент. Кроме того,

микроорганизмы становятся все более агрессивными: если раньше некоторые заболевания можно было вылечить одним уколом, то теперь требуется длительный курс лечения.

В 2011 г. производство антибиотиков достигло 192,9 млн упаковок. В 2012-2016 гг. ожидается падение российского производства антибиотиков до 174,3 млн упаковок. Основными причинами падения производства станут изношенность основных фондов, морально устаревшая номенклатура субстанций в условиях необходимости создания новых более эффективных лекарств, мощная конкуренция со стороны зарубежных производителей.

*РИА РосБизнесКонсалтинг (rbc.ru), Москва,
(18-07-2012)*

Правительство России обзавелось микроблогом в Twitter

В популярном сервисе микроблогов Twitter появился еще один пользователь. Правительство Российской Федерации завело свой микроблог, в котором будет публиковать информацию о работе премьер-министра Дмитрия Медведева и кабинета министров.

«Добрый день! Это официальный Twitter-аккаунт правительства России. Новости о работе премьера и министерств читайте здесь», - говорится в первой записи. Блог доступен по адресу: http://twitter.com/Pravitelstvo_RF, также доступна его английская версия.

Отметим, что после того как Д.Медведев занял пост президента в 2008г., российские чиновники активизировались в социальных сетях по примеру главы государства, который, как известно, имеет аккаунты не только в Twitter, но также в Facebook, «ВКонтакте» и «Одноклассниках».

Помимо чиновников, аккаунты в Twitter имеют министерства и ведомства, например Счетная палата, Федеральная антимонопольная служба и Министерство иностранных дел.

Между тем действующий президент России Владимир Путин прохладно относится к социальным сетям. В феврале 2012 г. заявил, что социальные сети - это серьезное средство коммуникации, однако у него попросту нет времени пользоваться этими технологиями. «Это ж надо сидеть там, ковыряться, смотреть, отвечать, писать», - заявил тогда В. Путин. Однако он обещал подумать насчет того, чтобы зарегистрироваться в популярных сервисах. Правительство России обзавелось микроблогом в Twitter

*РИА РосБизнесКонсалтинг (rbc.ru), Москва,
(26-07-2012)*



НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ



ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 4 октября 2012 г. № 1006

МОСКВА

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

В соответствии с частью 7 статьи 84 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и статьей 39.1 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей» Правительство Российской Федерации постановляет:

1. Утвердить прилагаемые Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.
2. Признать утратившим силу постановление Правительства Российской Федерации от 13 января 1996 г. N 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, N 3, ст. 194).
3. Настоящее постановление вступает в силу с 1 января 2013 г.

Председатель Правительства
Российской Федерации
Д. МЕДВЕДЕВ

Утверждены
постановлением Правительства
Российской Федерации
от 4 октября 2012 г. № 1006

ПРАВИЛА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

I. Общие положения

1. Настоящие Правила определяют порядок и условия предоставления медицинскими организациями гражданам платных медицинских услуг.

2. Для целей настоящих Правил используются следующие основные понятия:

«платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее - договор);

«потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

«заказчик» - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

«исполнитель» - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям.

Понятие «медицинская организация» употребляется в настоящих Правилах в значении, определенном в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3. Платные медицинские услуги предоставляются медицинскими организациями на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной в установленном порядке.

4. Требования к платным медицинским услугам, в том числе к их объему и срокам оказания, определяются по соглашению сторон договора, если федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации не предусмотрены другие требования.

5. Настоящие Правила в наглядной и доступной форме доводятся исполнителем до сведения потребителя (заказчика).

II. Условия предоставления платных медицинских услуг

6. При заключении договора потребителю (заказчику) предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - соответственно программа, территориальная программа).

Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

7. Медицинские организации, участвующие в реализации программы и территориальной программы, имеют право предоставлять платные медицинские услуги:

а) на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами, по желанию потребителя (заказчика), включая в том числе:

установление индивидуального поста медицинского наблюдения при лечении в условиях стационара;

применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, а также применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных стандартами медицинской помощи;

б) при предоставлении медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

в) гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

г) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме.

8. Порядок определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые медицинскими организациями, являющимися бюджетными и казенными государственными (муниципальными) учреждениями, устанавливается органами, осуществляющими функции и полномочия учредителей.

Медицинские организации иных организационно-правовых форм определяют цены (тарифы) на предоставляемые платные медицинские услуги самостоятельно.

9. При предоставлении платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

10. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

III. Информация об исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах

11. Исполнитель обязан предоставить посредством размещения на сайте медицинской организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», а также на информационных стендах (стойках) медицинской организации информацию, содержащую следующие сведения:

а) для юридического лица - наименование и фирменное наименование (если имеется);

для индивидуального предпринимателя - фамилия, имя и отчество (если имеется);

б) адрес места нахождения юридического лица, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

адрес места жительства и адрес места осуществления медицинской деятельности индивидуального предпринимателя, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

в) сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа);

г) перечень платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;

д) порядок и условия предоставления медицинской помощи в соответствии с программой и территориальной программой;

е) сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;

ж) режим работы медицинской организации, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

з) адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

12. Информация, размещенная на информационных стендах (стойках), должна быть доступна неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени медицинской организации, предоставляющей платные медицинские услуги. Информационные стенды (стойки) располагаются в доступном для посетителей месте и оформляются таким образом, чтобы можно было свободно ознакомиться с размещенной на них информацией.

13. Исполнитель предоставляет для ознакомления по требованию потребителя и (или) заказчика:

а) копию учредительного документа медицинской организации - юридического лица, положение о ее филиале (отделении, другом территориально обособленном структурном подразделении), участвующем в предоставлении платных

медицинских услуг, либо копию свидетельства о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя;

б) копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией.

14. При заключении договора по требованию потребителя и (или) заказчика им должна предоставляться в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

а) порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

б) информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

в) информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

г) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

15. До заключения договора исполнитель в письменной форме уведомляет потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

IV. Порядок заключения договора и оплаты медицинских услуг

16. Договор заключается потребителем (заказчиком) и исполнителем в письменной форме.

17. Договор должен содержать:

а) сведения об исполнителе:

наименование и фирменное наименование (если имеется) медицинской организации - юридического лица, адрес места нахождения, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

фамилия, имя и отчество (если имеется) индивидуального предпринимателя, адрес места жительства и адрес места осуществления медицинской деятельности, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа;

б) фамилию, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон потребителя (законного представителя потребителя);

фамилию, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон заказчика - физического лица;

наименование и адрес места нахождения заказчика - юридического лица;

в) перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором;

г) стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты;

д) условия и сроки предоставления платных медицинских услуг;

е) должность, фамилию, имя, отчество (если имеется) лица, заключающего договор от имени исполнителя, и его подпись, фамилию, имя, отчество (если имеется) потребителя (заказчика) и его подпись. В случае если заказчик является юридическим лицом, указывается должность лица, заключающего договор от имени заказчика;

ж) ответственность сторон за невыполнение условий договора;

з) порядок изменения и расторжения договора;

и) иные условия, определяемые по соглашению сторон.

18. Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй - у заказчика, третий - у потребителя. В случае если договор заключается потребителем и исполнителем, он составляется в 2 экземплярах.

19. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета. Ее составление по требованию потребителя (заказчика) или исполнителя является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью договора.

20. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом потребителя (заказчика).

Без согласия потребителя (заказчика) исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

21. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

22. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует потребителя (заказчика) о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом потребитель (заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

23. Потребитель (заказчик) обязан оплатить предоставленную исполнителем медицинскую услугу в сроки и в порядке, которые определены договором.

24. Потребителю (заказчику) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

25. Исполнителем после исполнения договора выдаются потребителю (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

26. Заключение договора добровольного медицинского страхования и оплата медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с указанным договором, осуществляются в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации и Законом Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

V. Порядок предоставления платных медицинских услуг

27. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве – требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

В случае если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.

28. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

29. Исполнитель предоставляет потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

30. Исполнитель обязан при оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

VI. Ответственность исполнителя и контроль за предоставлением платных медицинских услуг

31. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

32. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

33. Контроль за соблюдением настоящих Правил осуществляет Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в рамках установленных полномочий.



ПЛЕНУМ ВЕРХОВНОГО СУДА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 28 июня 2012 г. № 17

МОСКВА

О РАССМОТРЕНИИ СУДАМИ ГРАЖДАНСКИХ ДЕЛ ПО СПОРАМ О ЗАЩИТЕ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ

Повышение гарантий и эффективности средств защиты нарушенных или оспариваемых прав, свобод и законных интересов участников гражданских правоотношений при соблюдении требований закона является задачей гражданского судопроизводства.

Руководствуясь статьей 126 Конституции Российской Федерации, статьями 9, 14 Федерального конституционного закона от 7 февраля 2011 года № 1-ФКЗ «О судах общей юрисдикции в Российской Федерации», в целях обеспечения единства практики применения судами законодательства, регулирующего отношения в области защиты прав потребителей, а также учитывая возникающие у судов при рассмотрении данной категории дел вопросы, Пленум Верховного Суда Российской Федерации постановляет дать судам следующие разъяснения:

Отношения, регулируемые законодательством о защите прав потребителей

1. При рассмотрении гражданских дел судам следует учитывать, что отношения, одной из сторон которых выступает гражданин, использующий, приобретающий, заказывающий либо имеющий намерение приобрести или заказать товары (работы, услуги) исключительно для личных, семейных, домашних, бытовых и иных нужд, не связанных с осуществлением предпринимательской деятельности, а другой – организация либо индивидуальный предприниматель (изготовитель, исполнитель, продавец, импортер), осуществляющие продажу товаров, выполнение работ, оказание услуг, являются отношениями, регулируемыми Гражданским кодексом Российской Федерации (далее – ГК РФ), Законом Российской Федерации от 7 февраля 1992 года № 2300-1 «О защите прав потребителей» (далее – Закон о защите прав потребителей либо Закон), другими федеральными законами и принимаемыми в соответствии с ними иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

2. Если отдельные виды отношений с участием потребителей регулируются и специальными законами Российской Федерации, содержащими нормы гражданского права (например, договор участия в долевом строительстве, договор страхования, как личного, так и имущественного, договор банковского вклада, договор перевозки, договор энергоснабжения), то к отношениям, возникающим из таких договоров, Закон о защите прав потребителей применяется в части, не урегулированной специальными законами.

С учетом положений статьи 39 Закона о защите прав потребителей к отношениям, возникающим из договоров об оказании отдельных видов услуг с участием гражданина, последствия нарушения условий которых не подпадают под действие главы III Закона, должны применяться общие положения Закона о защите прав потребителей, в частности о праве граждан на предоставление информации (статьи 8-12), об ответственности за нарушение прав потребителей (статья 13), о возмещении вреда (статья 14), о компенсации морального вреда (статья 15), об альтернативной подсудности (пункт 2 статьи 17), а также об освобождении от уплаты государственной пошлины (пункт 3 статьи 17) в соответствии с пунктами 2 и 3 статьи 333.36 Налогового кодекса Российской Федерации.

3. При отнесении споров к сфере регулирования Закона о защите прав потребителей следует учитывать, что:

а) исходя из преамбулы Закона о защите прав потребителей и статьи 9 Федерального закона от 26 января 1996 года № 15-ФЗ «О введении в действие части второй Гражданского кодекса Российской Федерации» правами, предоставленными потребителю Законом и изданными в соответствии с ним иными правовыми актами, а также правами стороны в обязательстве в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации пользуется не только гражданин, который имеет намерение заказать или при-

обрести либо заказывающий, приобретающий товары (работы, услуги), но и гражданин, который использует приобретенные (заказанные) вследствие таких отношений товары (работы, услуги) на законном основании (наследник, а также лицо, которому вещь была отчуждена впоследствии, и т.п.).

При этом следует иметь в виду предусмотренные Законом случаи, когда ответственность продавца (исполнителя) возникает только перед гражданином, заключившим с ним договор (например, согласно пункту 1 статьи 12 Закона потребовать от продавца (исполнителя) возмещения убытков, причиненных необоснованным уклонением от заключения договора, вправе только тот потребитель, которому было отказано в предоставлении возможности незамедлительно получить при заключении договора информацию о товаре, работе или услуге);

б) под товаром следует понимать вещь (вещи), определенную либо родовыми (числом, весом, мерой), либо индивидуальными признаками, предназначенную для продажи или иного введения в гражданский оборот;

в) под работой следует понимать действие (комплекс действий), имеющее материально выраженный результат и совершаемое исполнителем в интересах и по заказу потребителя на возмездной договорной основе;

г) под услугой следует понимать действие (комплекс действий), совершаемое исполнителем в интересах и по заказу потребителя в целях, для которых услуга такого рода обычно используется, либо отвечающее целям, о которых исполнитель был поставлен в известность потребителем при заключении возмездного договора;

д) под финансовой услугой следует понимать услугу, оказываемую физическому лицу в связи с предоставлением, привлечением и (или) размещением денежных средств и их эквивалентов, выступающих в качестве самостоятельных объектов гражданских прав (предоставление кредитов (займов), открытие и ведение текущих и иных банковских счетов, привлечение банковских вкладов (депозитов), обслуживание банковских карт, ломбардные операции и т.п.).

4. К отношениям сторон предварительного договора (статья 429 ГК РФ), по условиям которого гражданин фактически выражает намерение на возмездной основе заказать или приобрести в будущем товары (работы, услуги) исключительно для личных, семейных, домашних, бытовых и иных нужд, не связанных с осуществлением предпринимательской деятельности, применяется законодательство о защите прав потребителей.

5. Законодательство о защите прав потребителей распространяется и на отношения по приобретению товаров (работ, услуг) по возмездному договору, если цена в таком договоре не указана.

6. К отношениям по совершению нотариусом нотариальных действий, а также к отношениям по оказанию профессиональной юридической помощи адвокатами законодательство о защите прав потребителей не применяется.

7. Законодательством о защите прав потребителей не регулируются отношения граждан с товариществами собственников жилья, жилищно-строительными кооперативами, жилищными накопительными кооперативами, садоводческими, огородническими и дачными некоммерческими объединениями граждан, если эти отношения возникают в связи с членством граждан в этих организациях. На отношения по поводу предоставления этими организациями гражданам, в том числе и членам этих организаций, платных услуг (работ) Закон о защите прав потребителей распространяется.

8. Права и законные интересы граждан, имеющих право на государственную социальную помощь и использующих в ходе ее реализации товары или услуги, подлежат защите в порядке, предусмотренном законодательством о защите прав потребителей. Требования могут быть предъявлены к изготовителю (продавцу) этих товаров, исполнителю услуг.

9. К отношениям по предоставлению гражданам медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями в рамках добровольного и обязательного медицинского страхования, применяется законодательство о защите прав потребителей.

10. В соответствии с пунктом 9 статьи 4 Федерального закона от 30 декабря 2004 года № 214-ФЗ «Об участии в долевом строительстве многоквартирных домов и иных объектов недвижимости и о внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации» к отношениям, возникающим из договора участия в долевом строительстве, заключенного гражданином в целях приобретения в собственность жилого помещения и иных объектов недвижимости исключительно для личных, семейных, домашних, бытовых и иных нужд, не связанных с осуществлением предпринимательской деятельности, законодательство о защите прав потребителей применяется в части, не урегулированной данным законом.

11. На отношения, связанные с осуществлением юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями посреднических услуг на рынке сделок с недвижимостью (риэлтерские услуги, заключающиеся, в частности, в подборе вариантов объектов недвижимости для их последующей купли-продажи, аренды гражданами для целей, не связанных с предпринимательской деятельностью, помощи в заключении указанными гражданами сделок по купле-продаже и иных сделок в отношении объектов недвижимости, организации продажи объектов недвижимости по поручению данных граждан), распространяется действие Закона о защите прав потребителей.

12. Исходя из смысла пункта 4 статьи 23 ГК РФ гражданин, осуществляющий предпринимательскую деятельность без образования юридического лица в нарушение требований, установленных пунктом первым данной статьи, не вправе ссылаться в отношении заключенных им при этом сделок на то, что он не является предпринимателем. К таким сделкам суд применяет законодательство о защите прав потребителей.

Существенный недостаток товара (работы, услуги), недостаток технически сложного товара

13. Исходя из преамбулы и пункта 1 статьи 20 Закона о защите прав потребителей под существенным недостатком товара (работы, услуги), при возникновении которого наступают правовые последствия, предусмотренные статьями 18 и 29 Закона, следует понимать:

а) неустранимый недостаток товара (работы, услуги) - недостаток, который не может быть устранен посредством проведения мероприятий по его устранению с целью приведения товара (работы, услуги) в соответствие с обязательными требованиями, предусмотренными законом или в установленном им порядке, или условиями договора (при их отсутствии или неполноте условий - обычно предъявляемыми требованиями), приводящий к невозможности или недопустимости использования данного товара (работы, услуги) в целях, для которых товар (работа, услуга) такого рода обычно используется, или в целях, о которых продавец (исполнитель) был поставлен в известность потребителем при заключении договора, или образцом и (или) описанием при продаже товара по образцу и (или) по описанию;

б) недостаток товара (работы, услуги), который не может быть устранен без несоразмерных расходов, - недостаток, расходы на устранение которого приближены к стоимости или превышают стоимость самого товара (работы, услуги) либо выгоду, которая могла бы быть получена потребителем от его использования.

В отношении технически сложного товара несоразмерность расходов на устранение недостатков товара определяется судом исходя из особенностей товара, цены товара либо иных его свойств;

в) недостаток товара (работы, услуги), который не может быть устранен без несоразмерной затраты времени, - недостаток, на устранение которого затрачивается время, превышающее установленный соглашением сторон в письменной форме и ограниченный сорока пятью днями срок устранения недостатка товара, а если такой срок соглашением сторон не определен, - время, превышающее минимальный срок, объективно необходимый для устранения данного недостатка обычно применяемым способом;

г) недостаток товара (работы, услуги), выявленный неоднократно, - различные недостатки всего товара, выявленные более одного раза, каждый из которых в отдельности делает товар (работу, услугу) не соответствующим обязательным требованиям, предусмотренным законом или в установленном им порядке, либо условиям договора (при их отсутствии или неполноте условий - обычно предъявляемым требованиям) и приводит к невозможности или недопустимости использования данного товара (работы, услуги) в целях, для которых товар (работа, услуга) такого рода обычно используется, или в целях, о которых продавец (исполнитель) был поставлен в известность потребителем при заключении договора, или образцу и (или) описанию при продаже товара по образцу и (или) по описанию;

д) недостаток, который проявляется вновь после его устранения, - недостаток товара, повторно проявляющийся после проведения мероприятий по его устранению.

14. В отношении технически сложного товара в качестве недостатка товара по пункту 1 статьи 18 Закона о защите прав потребителей следует понимать различные недостатки товара, на устранение которых в совокупности затрачивается время, приводящее к невозможности использования товара (работы, услуги) более чем тридцать дней в течение каждого года гарантийного срока.

Процессуальные особенности рассмотрения дел о защите прав потребителей

15. Дела по искам, связанным с нарушением прав потребителей, в силу пункта 1 статьи 11 ГК РФ, статьи 17 Закона о защите прав потребителей, статьи 5 и пункта 1 части 1 статьи 22 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации (далее - ГПК РФ) подведомственны судам общей юрисдикции.

16. Субъектами обращения в суд по делам по спорам о защите прав потребителей являются: граждане Российской Федерации, иностранные граждане и лица без гражданства; прокурор; федеральный орган исполнительной власти, уполномоченный осуществлять федеральный государственный надзор в области защиты прав потребителей, и его территориальные органы, а также иные органы в случаях, установленных законом (далее - уполномоченные органы); органы местного самоуправления; общественные объединения потребителей (их ассоциации, союзы), имеющие статус юридического лица.

17. Гражданин, зарегистрированный в качестве индивидуального предпринимателя, вправе обратиться в суд общей юрисдикции за защитой по сделкам, заключенным им с продавцом (исполнителем) при продаже товаров (выполнении работ, оказании услуг) исключительно для личных, семейных, домашних, бытовых и иных нужд, не связанных с осуществлением им предпринимательской деятельности.

18. В случае прекращения действия государственной регистрации гражданина в качестве индивидуального предпринимателя, в частности в связи с истечением срока действия свидетельства о государственной регистрации либо аннулированием государственной регистрации, потребитель вправе обратиться в суд к указанному лицу с требованиями, связанными с осуществлявшейся им ранее деятельностью по продаже товара (выполнению работы, оказанию услуги).

19. Дела по заявлениям о ликвидации изготовителя (исполнителя, продавца, уполномоченной организации, импортера) либо о прекращении деятельности индивидуального предпринимателя (уполномоченного индивидуального предпринимателя) за неоднократное (два и более раза в течение одного календарного года) или грубое (повлекшее смерть или массовые заболевания, отравления людей) нарушение прав потребителей (подпункт 7 пункта 4 статьи 40 Закона о защите прав потребителей), поданным должностными лицами уполномоченного органа, подведомственны суду общей юрисдикции.

20. В соответствии со статьями 45 и 46 ГПК РФ, статьями 44, 45 и 46 Закона о защите прав потребителей суду общей юрисдикции подведомственны дела по искам прокуроров, уполномоченных органов, органов местного самоуправления, общественных объединений потребителей (их ассоциаций, союзов), имеющих статус юридического лица, к изготовителю (продавцу, исполнителю, уполномоченной организации или уполномоченному индивидуальному предпринимателю, импортеру), поданным в защиту прав и законных интересов неопределенного круга потребителей.

В защиту прав и законных интересов неопределенного круга потребителей указанными лицами могут быть заявлены лишь тре-

бования, целью которых является признание действий ответчика противоправными или прекращение противоправных действий ответчика (статья 1065 ГК РФ, статья 46 Закона).

21. Уполномоченные органы, органы местного самоуправления, общественные объединения потребителей (их ассоциации, союзы), имеющие статус юридического лица, в целях осуществления своей уставной деятельности вправе обратиться в суд в защиту прав и законных интересов конкретного потребителя (группы потребителей) только при наличии их соответствующей просьбы (просьб), выраженной в жалобе (жалобах), поданной (поданных) в письменной форме.

22. В соответствии с пунктом 2 статьи 17 Закона о защите прав потребителей искивые заявления по данной категории дел предъявляются в суд по месту жительства или пребывания истца, либо по месту заключения или исполнения договора, либо по месту нахождения организации (ее филиала или представительства) или по месту жительства ответчика, являющегося индивидуальным предпринимателем. Суды не вправе возвратить исковое заявление со ссылкой на пункт 2 части 1 статьи 135 ГПК РФ, так как в силу частей 7, 10 статьи 29 ГПК РФ выбор между несколькими судами, которым подсудно дело, принадлежит истцу.

Исключение составляют иски, вытекающие из перевозки груза (статья 797 ГК РФ), а также иски в связи с перевозкой пассажира, багажа, груза или в связи с буксировкой буксируемого объекта внутренним водным транспортом (пункты 1 и 2 статьи 161 Кодекса внутреннего водного транспорта Российской Федерации), предъявляемые в суд согласно части 3 статьи 30 ГПК РФ по месту нахождения перевозчика, к которому в установленном порядке была предъявлена претензия.

Суд не вправе возвратить исковое заявление, содержащее требование к перевозчику (за исключением лиц, осуществляющих судоходство на внутренних водных путях) пассажира и (или) багажа, которое подано по правилам подсудности, установленным для исков о защите прав потребителей, в том числе и в связи с осуществлением чартерных воздушных перевозок пассажиров в рамках исполнения договора о реализации туристского продукта.

23. До подачи искового заявления в суд обязательный претензионный порядок урегулирования споров предусмотрен в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения оператором связи обязательств, вытекающих из договора об оказании услуг связи (пункт 4 статьи 55 Федерального закона от 7 июля 2003 года № 126-ФЗ «О связи»), а также в связи с перевозкой пассажира, багажа, груза или в связи с буксировкой буксируемого объекта внутренним водным транспортом (пункт 1 статьи 161 Кодекса внутреннего водного транспорта Российской Федерации).

Несоблюдение данного правила является основанием для возвращения искового заявления со ссылкой на пункт 1 части 1 статьи 135 ГПК РФ.

24. Дела по спорам о защите неимущественных прав потребителей (например, при отказе в предоставлении необходимой и достоверной информации об изготовителе), равно как и требование имущественного характера, не подлежащее оценке, а также требование о компенсации морального вреда подсудны районному суду (статьи 23, 24 ГПК РФ).

25. Заявления прокурора, уполномоченного органа, органа местного самоуправления, общественного объединения потребителей (их ассоциации, союза), имеющих статус юридического лица, о защите прав неопределенного круга потребителей рассматриваются судом с соблюдением общих правил подсудности, предусмотренных статьями 28 ГПК РФ, - по месту нахождения ответчика.

Заявления указанных лиц, поданные в защиту конкретного потребителя или группы потребителей, предъявляются в суд по правилам об альтернативной подсудности (часть 7 статьи 29 ГПК РФ, пункт 2 статьи 17 Закона о защите прав потребителей).

26. В случае, если исковое заявление подано в суд потребителем согласно условию заключенного сторонами соглашения о подсудности, судья не вправе возвратить такое исковое заявление со ссылкой на пункт 2 части 1 статьи 135 ГПК РФ.

Судья не вправе, ссылаясь на статью 32, пункт 2 части 1 статьи 135 ГПК РФ, возвратить исковое заявление потребителя, оспаривающего условие договора о территориальной подсудности спора, так как в силу частей 7, 10 статьи 29 ГПК РФ и пункта 2 статьи 17 Закона о защите прав потребителей выбор между несколькими судами, которым подсудно дело, принадлежит истцу.

27. Уполномоченные органы, осуществляющие возложенные на них обязанности по защите прав и охраняемых законом интересов потребителей, и органы местного самоуправления до принятия судом решения по делу могут вступить в дело по своей инициативе или по инициативе лиц, участвующих в деле, а также привлекаются к участию в деле судом в качестве уполномоченных органов, вступающих в процесс в целях дачи заключения по делу (статьи 34, 47 ГПК РФ). В данном случае привлечение указанных органов в процесс в качестве третьих лиц не допускается.

Заключение указанных органов (статьи 35, 47 ГПК РФ) может быть дано как в устной, так и в письменной форме. Такое заключение доказательством по делу не является, однако в мотивировочной части решения суд высказывает суждение по этому заключению.

28. При разрешении требований потребителей необходимо учитывать, что бремя доказывания обстоятельств, освобождающих от ответственности за неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательства, в том числе и за причинение вреда, лежит на продавце (изготовителе, исполнителе, уполномоченной организации или уполномоченном индивидуальном предпринимателе, импортере) (пункт 4 статьи 13, пункт 5 статьи 14, пункт 5 статьи 23.1, пункт 6 статьи 28 Закона о защите прав потребителей, статья 1098 ГК РФ).

Исключение составляют случаи продажи товара (выполнения работы, оказания услуги) ненадлежащего качества, когда распределение бремени доказывания зависит от того, был ли установлен на товар (работу, услугу) гарантийный срок, а также от времени обнаружения недостатков (пункт 6 статьи 18, пункты 5 и 6 статьи 19, пункты 4, 5 и 6 статьи 29 Закона).

29. В силу части 3 статьи 61 ГПК РФ обстоятельства, установленные вступившим в законную силу решением арбитражного суда, не должны доказываться и не могут оспариваться при рассмотрении судом общей юрисдикции дел, основанных на тех же фактах и с участием тех же лиц.

Способы защиты и восстановления нарушенных прав потребителей

30. При рассмотрении дел, возникших в связи с осуществлением и защитой потребителем его прав, закрепленных в Законе о защите прав потребителей, необходимо иметь в виду, что законодательством Российской Федерации, а также договором может предусматриваться ответственность изготовителя (исполнителя, продавца, уполномоченной организации или уполномоченного индивидуального предпринимателя, импортера) за нарушение обязательств, за которые Законом о защите прав потребителей ответственность не предусмотрена или установлен более высокий размер ответственности.

Такие условия ответственности изготовителя (исполнителя, продавца, уполномоченной организации или уполномоченного индивидуального предпринимателя, импортера), предусмотренные законом либо договором с потребителем, должны учитываться судом при разрешении спора, возникшего впоследствии между этими лицами.

31. Убытки, причиненные потребителю в связи с нарушением изготовителем (исполнителем, продавцом, уполномоченной организацией или уполномоченным индивидуальным предпринимателем, импортером) его прав, подлежат возмещению в полном объеме, кроме случаев, когда законом установлен ограниченный размер ответственности. При этом следует иметь в виду, что убытки возмещаются сверх неустойки (пени), установленной законом или договором, а также что уплата неустойки и возмещение убытков не освобождают лицо, нарушившее право потребителя, от выполнения в натуре возложенных на него обязательств перед потребителем (пункты 2, 3 статьи 13 Закона).

Под убытками в соответствии с пунктом 2 статьи 15 ГК РФ следует понимать расходы, которые потребитель, чье право нарушено, произвел или должен будет произвести для восстановления нарушенного права, утрату или повреждение его имущества (реальный ущерб), а также неполученные доходы, которые потребитель получил бы при обычных условиях гражданского оборота, если бы его право не было нарушено (упущенная выгода). Если лицо, нарушившее право потребителя, получило вследствие этого доходы, потребитель вправе требовать возмещения, наряду с другими убытками, упущенной выгоды в размере, не меньшем, чем такие доходы.

При определении причиненных потребителю убытков суду в соответствии с пунктом 3 статьи 393 ГК РФ следует исходить из цен, существующих в том месте, где должно было быть удовлетворено требование потребителя, на день вынесения решения, если Законом или договором не предусмотрено иное.

Учитывая это, при рассмотрении требований потребителя о возмещении убытков, связанных с возвратом товара ненадлежащего качества, суд вправе удовлетворить требование потребителя о взыскании разницы между ценой такого товара, установленной договором купли-продажи, и ценой аналогичного товара на время удовлетворения требований о взыскании уплаченной за товар ненадлежащего качества денежной суммы.

32. При рассмотрении требований потребителей о взыскании неустойки, предусмотренной Законом о защите прав потребителей, необходимо иметь в виду, что:

а) неустойка (пеня) в размере, установленном статьей 23 Закона, взыскивается за каждый день просрочки указанных в статьях 20, 21, 22 Закона сроков устранения недостатков товара и замены товара с недостатками, соразмерного уменьшения покупной цены товара, возмещения расходов на исправление недостатков товара потребителем, возврата уплаченной за товар денежной суммы, возмещения причиненных потребителю убытков вследствие продажи товара ненадлежащего качества либо предоставления ненадлежащей информации о товаре, а также за каждый день задержки выполнения требования потребителя о предоставлении на время ремонта либо до замены товара с недостатками товара длительного пользования, обладающего этими же основными потребительскими свойствами, впредь до выдачи потребителю товара из ремонта или его замены либо до предоставления во временное пользование товара длительного пользования, обладающего этими же основными потребительскими свойствами, без ограничения какой-либо суммой. При этом судам надлежит учитывать, что если срок устранения недостатков не был определен письменным соглашением сторон, то в соответствии с пунктом 1 статьи 20 Закона недостатки должны быть устранены незамедлительно, то есть в минимальный срок, объективно необходимый для устранения данных недостатков товара с учетом обычно применяемого способа их устранения.

При разрешении требования потребителя о предоставлении во временное пользование аналогичного товара следует учитывать, что в соответствии с пунктом 2 статьи 20 Закона постановлением Правительства Российской Федерации от 19 января 1998 года № 55 (с учетом внесенных изменений) утвержден Перечень товаров длительного пользования, на которые не распространяется требование покупателя о безвозмездном предоставлении ему на период ремонта или замены аналогичного товара.

Если потребитель в связи с нарушением продавцом, изготовителем (уполномоченной организацией или уполномоченным индивидуальным предпринимателем, импортером) предусмотренных статьями 20, 21, 22 Закона сроков предъявил иное требование, вытекающее из продажи товара с недостатками, неустойка (пеня) за нарушение названных сроков взыскивается до предъявления потребителем нового требования из числа предусмотренных статьей 18 Закона. При этом следует иметь в виду, что в случае просрочки выполнения нового требования также взыскивается неустойка (пеня), предусмотренная пунктом 1 статьи 23 Закона.

В случае, когда продавцом, изготовителем (уполномоченной организацией или уполномоченным индивидуальным предпринимателем, импортером) нарушены сроки устранения недостатков товара или сроки замены товара с недостатками, сроки соразмерного уменьшения покупной цены товара, сроки возмещения расходов на исправление недостатков товара потребителем, сроки возврата уплаченной за товар денежной суммы, сроки возмещения убытков, причиненных потребителю вследствие продажи товара ненадлежащего качества либо предоставления ненадлежащей информации о товаре, а также не выполнено либо несвоевременно выполнено требование потребителя о предоставлении во временное пользование товара длительного пользования, обладающего этими же основными потребительскими свойствами, неустойка (пеня) взыскивается за каждое допущенное этими лицами нарушение;

б) неустойка (пеня) в размере, предусмотренном пунктом 5 статьи 28 Закона, за нарушение установленных сроков начала и окончания выполнения работы (оказания услуги) и промежуточных сроков выполнения работы (оказания услуги), а также назначенных потребителем на основании пункта 1 статьи 28 Закона новых сроков, в течение которых исполнитель должен приступить к выполнению работы (оказанию услуги), ее этапа и (или) выполнить работу (оказать услугу), ее этап, взыскивается за каждый день (час, если срок определен в часах) просрочки вплоть до начала исполнения работы (оказания услуги), ее этапа либо окончания выполнения работы (оказания услуги), ее этапа или до предъявления потребителем иных требований, перечисленных в пункте 1 статьи 28 Закона. Если исполнителем были одновременно нарушены установленные сроки начала и окончания работы (оказания услуги), ее этапа, неустойка (пеня) взыскивается за каждое нарушение, однако ее сумма, в отличие от неустойки (пени), установленной статьей 23 Закона, не может превышать цену отдельного вида выполнения работы (оказания услуги) или общей цены заказа, если цена отдельного вида выполнения работы (оказания услуги) не определена договором;

в) размер подлежащей взысканию неустойки (пени) за нарушение предусмотренных статьями 30, 31 Закона сроков устранения недостатков работы (услуги) должен определяться в соответствии с пунктом 5 статьи 28 Закона;

г) неустойка (пеня) в размере, установленном в пункте 3 статьи 23.1 Закона, в случае нарушения продавцом установленного договором купли-продажи срока передачи потребителю предварительно оплаченного товара взыскивается за каждый день просрочки со дня, когда по указанному договору передача товара потребителю должна была быть осуществлена, до дня передачи товара потребителю или до дня удовлетворения требования потребителя о возврате ему предварительно уплаченной им суммы. При этом сумма неустойки (пени) не может превышать сумму предварительной оплаты товара.

33. В случае предъявления гражданином требования о признании сделки недействительной применяются положения Гражданского кодекса Российской Федерации.

Удовлетворяя требования о признании недействительными условий заключенного с потребителем договора следует иметь в виду, что в этом случае применяются последствия, предусмотренные пунктом 2 статьи 167 ГК РФ.

34. Размер подлежащей взысканию неустойки (пени) в случаях, указанных в статье 23, пункте 5 статьи 28, статьях 30 и 31 Закона о защите прав потребителей, а также в случаях, предусмотренных иными законами или договором, определяется судом исходя из цены товара (выполнения работы, оказания услуги), существовавшей в том месте, в котором требование потребителя должно было быть удовлетворено продавцом (изготовителем, исполнителем, уполномоченной организацией или уполномоченным индивидуальным предпринимателем, импортером) на день вынесения решения.

Применение статьи 333 ГК РФ по делам о защите прав потребителей возможно в исключительных случаях и по заявлению ответчика с обязательным указанием мотивов, по которым суд полагает, что уменьшение размера неустойки является допустимым.

Обратить внимание судов на то, что в денежных обязательствах, возникших из гражданско-правовых договоров, предусматривающих обязанность должника произвести оплату товаров (работ, услуг) либо уплатить полученные на условиях возврата денежные средства, на просроченную уплатой сумму могут быть начислены проценты на основании статьи 395 ГК РФ. Неустойка за одно и то же нарушение денежного обязательства может быть взыскана одновременно с процентами, установленными данной нормой, только в том случае, если неустойка носит штрафной характер и подлежит взысканию помимо убытков, понесенных при неисполнении денежного обязательства.

35. При рассмотрении дел о возмещении вреда, причиненного жизни, здоровью или имуществу потребителя вследствие конструктивных, производственных, рецептурных или иных недостатков товара (работы, услуги), а также вследствие непредоставления достоверной или полной информации о товаре (работе, услуге), необходимо учитывать, что в соответствии со статьями 1095 - 1097 ГК РФ, пунктом 3 статьи 12 и пунктами 1 - 4 статьи 14 Закона о защите прав потребителей такой вред подлежит возмещению продавцом (исполнителем, изготовителем либо импортером) в полном объеме независимо от их вины (за исключением случаев, предусмотренных, в частности, статьями 1098, 1221 ГК РФ, пунктом 5 статьи 14, пунктом 6 статьи 18 Закона о защите прав потребителей) и независимо от того, состоял потерпевший с ними в договорных отношениях или нет.

В соответствии со статьей 1097 ГК РФ вред возмещается, если он возник в течение установленного срока годности или срока службы товара (работы, услуги), а если срок годности или срок службы не установлен, в течение десяти лет со дня производства товара (работы, услуги), а также независимо от того, когда был причинен вред, если:

в нарушение требований закона срок годности или срок службы не установлен;

потребитель не был предупрежден о необходимых действиях по истечении срока годности или срока службы и возможных последствиях при невыполнении указанных действий либо ему не была предоставлена полная и достоверная информация о товаре (работе, услуге).

36. При определении разумного срока, предусмотренного пунктом 1 статьи 12 Закона, в течение которого потребитель вправе отказаться от исполнения договора и потребовать возврата уплаченной за товар суммы и возмещения других убытков, необходимо принимать во внимание срок годности товара, сезонность его использования, потребительские свойства и т.п.

37. При определении размера подлежащего возмещению вреда, причиненного потребителю полной или частичной утратой либо повреждением материала (вещи), переданного заказчиком исполнителю для выполнения работы, следует учитывать, что статьей 35 Закона о защите прав потребителей установлена обязанность исполнителя возместить двукратную стоимость утраченного или поврежденного материала (вещи), а также понесенные потребителем расходы.

Если требование потребителя не было удовлетворено исполнителем добровольно, цена утраченного (поврежденного) материала (вещи) определяется судом исходя из цены, существующей на день вынесения решения в том месте, в котором требование потребителя должно было быть удовлетворено исполнителем (пункт 2 статьи 35 Закона о защите прав потребителей).

Суд в соответствии с пунктом 3 статьи 35 Закона вправе освободить исполнителя от ответственности за полную либо частичную утрату (повреждение) принятого от потребителя материала (вещи) только в случаях, если он предупреждал потребителя об особых свойствах этого материала (вещи), которые могут повлечь его утрату или повреждение, либо если указанные свойства материала (вещи) не могли быть обнаружены при надлежащей приемке исполнителем этого материала (вещи).

Разрешения спор, возникший в связи с утратой или повреждением материала (вещи) заказчика, необходимо иметь в виду, что цена материала (вещи), передаваемого исполнителю, в соответствии со статьей 734 ГК РФ и пунктом 2 статьи 35 Закона определяется по соглашению сторон и указывается в договоре (квитанции или ином документе, выдаваемом заказчику). Оценка материала, указанная в квитанции или ином аналогичном документе исполнителем, может быть впоследствии оспорена потребителем (заказчиком) в суде.

С учетом взаимосвязанных положений пункта 2 статьи 779, статьи 783 и пункта 3 статьи 730 ГК РФ положения статьи 35 Закона о защите прав потребителей также применяются в случаях повреждения материала (вещи), переданного исполнителю для возмездного оказания услуг.

38. Суду необходимо иметь в виду, что право выбора вида требований, которые в соответствии со статьей 503 ГК РФ и пунктом 1 статьи 18 Закона о защите прав потребителей могут быть предъявлены к продавцу при продаже товара ненадлежащего качества, если его недостатки не были оговорены продавцом, принадлежит потребителю.

При этом потребитель вправе требовать замены технически сложного товара либо отказаться от исполнения договора купли-продажи и потребовать возврата уплаченной за товар денежной суммы независимо от того, насколько существенными были отступления от требований к качеству товара, установленных в статье 4 Закона о защите прав потребителей, при условии, что такие требования были предъявлены в течение пятнадцати дней со дня его передачи потребителю.

По истечении этого срока отказ от исполнения договора купли-продажи либо требование о замене технически сложного товара могут быть удовлетворены при наличии хотя бы одного из перечисленных в пункте 1 статьи 18 Закона случаев: обнаружение существенного недостатка товара (пункт 3 статьи 503, пункт 2 статьи 475 ГК РФ), нарушение установленных Законом сроков устранения недостатков товара (статьи 20, 21, 22 Закона), невозможность использования товара более 30 дней (в совокупности) в течение каждого года гарантийного срока вследствие неоднократного устранения его различных недостатков.

39. Требования граждан к качеству программного обеспечения, используемого в технически сложном товаре (например, к операционной системе, которая служит для обеспечения его функционирования), должны рассматриваться как требования к качеству товара в целом с учетом его потребительских свойств в соответствии со статьей 469 ГК РФ.

40. Если потребитель предъявил требование о замене товара с недостатками на товар той же марки (модели, артикула), но такой товар уже снят с производства либо прекращены его поставки и т.п., то в соответствии со статьей 416 ГК РФ обязательство продавца (изготовителя, уполномоченной организации или уполномоченного индивидуального предпринимателя, импортера) в части такой замены прекращается в связи с невозможностью исполнения и потребитель вправе предъявить иное из перечисленных в пункте 1 статьи 18 Закона о защите прав потребителей, статье 503 ГК РФ требование. Бремя доказывания невозможности замены товара вследствие обстоятельств, за которые не может отвечать продавец (уполномоченная организация или уполномоченный индивидуальный предприниматель, импортер), а также бремя принятия последним всех необходимых мер для выполнения требований потребителя в указанных случаях лежит на продавце (уполномоченной организации или уполномоченном индивидуальном предпринимателе, импортере).

Потребитель вправе обратиться в суд с заявлением об изменении способа исполнения решения, если указанные обстоятельства возникли после вынесения решения суда.

41. Разрешая споры, связанные с ремонтом товаров в течение гарантийного срока (безвозмездным устранением недостатков), необходимо руководствоваться главой II Закона о защите прав потребителей.

42. При рассмотрении споров, связанных с осуществлением безвозмездного устранения недостатков (гарантийного ремонта), следует иметь в виду, что при принятии товара для проведения данного ремонта у продавца (изготовителя, уполномоченной организации или уполномоченного индивидуального предпринимателя, импортера) возникает обязательство перед потребителем по безвозмездному хранению этого товара, к которому применяются правила главы 47 ГК РФ о договоре хранения, если иное не предусмотрено Законом о защите прав потребителей (статья 906 ГК РФ).

43. Исходя из пункта 5 статьи 18 Закона о защите прав потребителей, статьи 493 ГК РФ отсутствие у потребителя кассового или товарного чека, чека безналичной оплаты услуг либо иного документа, удостоверяющего факт и условия покупки товара, не является основанием для отказа в удовлетворении его требований продавцом (изготовителем, уполномоченной организацией или уполномоченным индивидуальным предпринимателем, импортером).

В подтверждение факта заключения договора и его условий потребитель вправе ссылаться на свидетельские показания.

При дистанционных способах продажи товаров (заказа работ, услуг), когда используются средства удаленной связи (в частности, такие, как почта, Интернет, телефон), а оплата товара (работ, услуг) осуществляется потребителем посредством электронных или безналичных расчетов, в том числе с использованием банковских карт и (или) иных установленных законом средств платежа, включая электронные средства платежа, факт покупки может быть подтвержден выпиской с банковского счета об авторизации и о совершении транзакции с указанием получателя платежа, итогов дебетовых и кредитовых операций и т.п., а также иными документами, подтверждающими перевод денежных средств (например, подтверждением об исполнении распоряжения клиента об осуществлении перевода электронных денежных средств, выдаваемым клиенту оператором электронных денежных средств).

44. При рассмотрении требований потребителя о возмещении убытков, причиненных ему недостоверной или недостаточно полной информацией о товаре (работе, услуге), суду следует исходить из предположения об отсутствии у потребителя специальных познаний о его свойствах и характеристиках, имея в виду, что в силу Закона о защите прав потребителей изготовитель (исполни-

тель, продавец) обязан своевременно предоставлять потребителю необходимую и достоверную информацию о товарах (работах, услугах), обеспечивающую возможность компетентного выбора (статья 12). При этом необходимо учитывать, что по отдельным видам товаров (работ, услуг) перечень и способы доведения информации до потребителя устанавливаются Правительством Российской Федерации (пункт 1 статьи 10).

Информация о товарах (работах, услугах) в соответствии с пунктом 2 статьи 8 Закона должна доводиться до сведения потребителя в наглядной и доступной форме в объеме, указанном в пункте 2 статьи 10 Закона. Предоставление данной информации на иностранном языке не может рассматриваться как предоставление необходимой информации и влечет наступление последствий, перечисленных в пунктах 1, 2 и 3 статьи 12 Закона.

При дистанционных способах продажи товаров (работ, услуг) информация должна предоставляться потребителю продавцом (исполнителем) на таких же условиях с учетом технических особенностей определенных носителей.

45. При решении судом вопроса о компенсации потребителю морального вреда достаточным условием для удовлетворения иска является установленный факт нарушения прав потребителя.

Размер компенсации морального вреда определяется судом независимо от размера возмещения имущественного вреда, в связи с чем размер денежной компенсации, взыскиваемой в возмещение морального вреда, не может быть поставлен в зависимость от стоимости товара (работы, услуги) или суммы подлежащей взысканию неустойки. Размер присуждаемой потребителю компенсации морального вреда в каждом конкретном случае должен определяться судом с учетом характера причиненных потребителю нравственных и физических страданий исходя из принципа разумности и справедливости.

46. При удовлетворении судом требований потребителя в связи с нарушением его прав, установленных Законом о защите прав потребителей, которые не были удовлетворены в добровольном порядке изготовителем (исполнителем, продавцом, уполномоченной организацией или уполномоченным индивидуальным предпринимателем, импортером), суд взыскивает с ответчика в пользу потребителя штраф независимо от того, заявлялось ли такое требование суду (пункт 6 статьи 13 Закона).

При удовлетворении судом требований, заявленных общественными объединениями потребителей (их ассоциациями, союзами) или органами местного самоуправления в защиту прав и законных интересов конкретного потребителя, пятьдесят процентов определенной судом суммы штрафа взыскивается в пользу указанных объединений или органов независимо от того, заявлялось ли ими такое требование.

47. Если после принятия иска к производству суда требования потребителя удовлетворены ответчиком по делу (продавцом, исполнителем, изготовителем, уполномоченной организацией или уполномоченным индивидуальным предпринимателем, импортером) добровольно, то при отказе истца от иска суд прекращает производство по делу в соответствии со статьей 220 ГПК РФ. В этом случае штраф, предусмотренный пунктом 6 статьи 13 Закона о защите прав потребителей, с ответчика не взыскивается.

48. Разрешая дела по искам о защите прав потребителей, необходимо иметь в виду, что по общему правилу изготовитель (исполнитель, продавец, уполномоченная организация или уполномоченный индивидуальный предприниматель, импортер) является субъектом ответственности вне зависимости от участия в отношениях по сделкам с потребителями третьих лиц (агентов).

По сделкам с участием граждан-потребителей агент (посредник) может рассматриваться самостоятельным субъектом ответственности в силу статьи 37 Закона о защите прав потребителей, пункта 1 статьи 1005 ГК РФ, если расчеты по такой сделке совершаются им от своего имени. При этом размер ответственности посредника ограничивается величиной агентского вознаграждения, что не исключает права потребителя требовать возмещения убытков с основного исполнителя (принципала).

В случае возникновения споров о предоставлении услуг посредниками уплачиваемое им потребителями комиссионное вознаграждение, исходя из вышеназванных статей и статьи 15 ГК РФ, может рассматриваться как убыток потребителя, отнесенный на основного исполнителя (изготовителя, продавца, уполномоченную организацию или уполномоченного индивидуального предпринимателя, импортера).

49. Следует иметь в виду, что обязанность потребителя по оплате оказанных ему услуг (товаров) считается исполненной с момента передачи им денежной суммы банку, кредитной организации, платежному агенту, банковскому платежному агенту (субагенту) или иной организации, оказывающей в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации платежные услуги населению, в том числе с использованием электронных денежных средств.

Исполнитель (продавец) не вправе отказывать потребителю в исполнении договора из-за ненадлежащих действий по исполнению этого договора посредником.

50. Применяя законодательство о защите прав потребителей к отношениям, связанным с оказанием туристских услуг, судам надлежит учитывать, что ответственность перед туристом и (или) иным заказчиком за качество исполнения обязательств по договору о реализации туристского продукта, заключенному турагентом как от имени туроператора, так и от своего имени, несет туроператор (в том числе за неоказание или ненадлежащее оказание туристам услуг, входящих в туристский продукт, независимо от того, кем должны были оказываться или оказывались эти услуги), если федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации не установлено, что ответственность перед туристами несет третье лицо (статья 9 Федерального закона от 24 ноября 1996 года N 132-ФЗ «Об основах туристской деятельности»).

В связи с этим обратить внимание судов на то, что, например, по делам по спорам, возникающим в связи с осуществлением чартерных воздушных перевозок пассажиров в рамках исполнения договора о реализации туристского продукта, надлежащим ответчиком и исполнителем договора перевозки с потребителем признается туроператор, который в соответствии с пунктом 2 статьи 638 ГК РФ вправе без согласия арендодателя по договору аренды (фрахтования на время) транспортного средства от своего имени заключать с третьими лицами договоры перевозки.

51. Разрешая дела по спорам об уступке требований, вытекающих из кредитных договоров с потребителями (физическими лицами), суд должен иметь в виду, что Законом о защите прав потребителей не предусмотрено право банка, иной кредитной организации передавать право требования по кредитному договору с потребителем (физическим лицом) лицам, не имеющим лицензии на право осуществления банковской деятельности, если иное не установлено законом или договором, содержащим данное условие, которое было согласовано сторонами при его заключении.

52. При удовлетворении требования потребителя об обязанности произвести определенные действия, связанные с исполнением (например, безвозмездное устранение недостатков, замену товара), суду в каждом случае следует указывать в резолютивной части решения срок, в течение которого после вступления решения в законную силу ответчик обязан совершить эти действия (часть 2 статьи 206 ГПК РФ).

Суд вправе обратиться к немедленному исполнению решение по делам, связанным с защитой прав потребителей, по основаниям и в порядке, предусмотренным статьей 212 ГПК РФ.

53. В случае удовлетворения исков о признании действий изготовителя (продавца, исполнителя, уполномоченной организации или уполномоченного индивидуального предпринимателя, импортера) противоправными в отношении неопределенного круга потребителей и прекращении этих действий суд, исходя из статьи 46 Закона о защите прав потребителей, в резолютивной части решения обязывает ответчика через средства массовой информации или иным способом довести до сведения потребителей решение суда.

При этом в случае нарушения, затрагивающего интересы неопределенного круга потребителей, суд вправе направить копию вступившего в законную силу решения суда для обнародования в официальном печатном издании - государственном или муниципальном.

54. В связи с принятием настоящего постановления считать утратившими силу:

постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 29 сентября 1994 года № 7 «О практике рассмотрения судами дел о защите прав потребителей» (с изменениями и дополнениями, внесенными постановлениями Пленума от 25 апреля 1995 года № 6, от 25 октября 1996 года № 10, от 17 января 1997 года № 2, от 21 ноября 2000 года № 32, от 10 октября 2001 года № 11, от 6 февраля 2007 года № 6, от 11 мая 2007 года № 24 и от 29 июня 2010 года № 18);

постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 17 января 1997 года № 2 «О внесении изменений и дополнений в постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 29 сентября 1994 года № 7 «О практике рассмотрения судами дел о защите прав потребителей» (с изменениями, внесенными постановлениями Пленума от 25 апреля 1995 года № 6 и от 25 октября 1996 года № 10)»;

постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 11 мая 2007 года № 24 «О внесении изменения в постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 29 сентября 1994 года № 7 «О практике рассмотрения судами дел о защите прав потребителей» (с изменениями и дополнениями, внесенными постановлениями Пленума от 25 апреля 1995 года № 6, от 25 октября 1996 года № 10, от 17 января 1997 года № 2, от 21 ноября 2000 года № 32, от 10 октября 2001 года № 11, от 6 февраля 2007 года № 6)»;

постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 29 июня 2010 года № 18 «О внесении изменений в постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 29 сентября 1994 года № 7 «О практике рассмотрения судами дел о защите прав потребителей»;

пункт 3 постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 25 апреля 1995 года № 6 «О внесении изменений и дополнений в некоторые постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации»;

пункт 18 постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 25 октября 1996 года № 10 «Об изменении и дополнении некоторых постановлений Пленума Верховного Суда Российской Федерации»;

пункт 1 постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 21 ноября 2000 года № 32 «О внесении изменений и дополнений в некоторые постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации»;

пункт 4 постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 10 октября 2001 года № 11 «О внесении изменений и дополнений в некоторые постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации»;

пункт 3 постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 6 февраля 2007 года № 6 «Об изменении и дополнении некоторых постановлений Пленума Верховного Суда Российской Федерации по гражданским делам».

Председатель
Верховного Суда
Российской Федерации
В.М. ЛЕБЕДЕВ

Секретарь Пленума,
судья Верховного Суда
Российской Федерации
В.В. ДОРОШКОВ

I. Рукопись

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

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

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

В работе необходимо указать:

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

- инициалы и фамилии авторов;

- название организации, где выполнена работа; город.

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

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

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

II. Содержание

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

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

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

III. Ссылки

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

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

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

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

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

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

Примеры библиографических описаний:

Книга

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

Автореферат диссертации

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

Статья из сборника

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

Статья из журнала

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

Статья из зарубежного журнала

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

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

IV. Иллюстрации

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

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

V. Авторские правки

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

За публикацию статей плата с авторов не взимается.

Рукописи направлять по адресу:

Россия, 127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, 59а,
000 «Издательство «Офтальмология».
Тел.: +7 (499) 488-87-03
E-mail: journal-oms@yandex.ru