

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ

ISSN 2221-9943



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ
Ф О Н Д
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

МЕДИЦИНСКОЕ

СТРАХОВАНИЕ

В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

1 – 2013

Федеральный закон «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов»

Федеральный закон «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

Федеральный закон «О внесении изменений в статью 50 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
СТРАХОВАНИЕ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

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

**НАУЧНО–ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
№ 1, 2013**

«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

№ 1, 2013

Рецензируемый научно-практический журнал.

Издание входит в перечень научных журналов, рекомендованных для публикации основных результатов диссертационных исследований на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук согласно решению Президиума Высшей аттестационной комиссии Минобрнауки России от 7 декабря 2012 г.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Председатель редакционного совета

Н.Н. Стадченко – Председатель ФОМС, к.э.н.

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

лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских

изделий 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. Царёва – 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 05.03.2013 года, Тираж: 2000 экз.

Формат: 205 x 275 мм, Объем: 78 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», 2013

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

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

«OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE IN THE RUSSIAN FEDERATION»

№ 1, 2013

Peer-reviewed scientific practical journal.

The edition is included in the list of scientific journals recommended for publications of basic results of researches for thesis defense to academic degrees of Candidate and Doctor of Sciences according to the decision of the Presidium of the Higher Attestation Commission of the Ministry of Education and Science of Russia dated December 7, 2012.

EDITORIAL BOARD:

Chairman of Editorial Board

N.N. Stadchenko – PhD (Economic Sc.), 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 – Deputy Head of the Department for Interaction with Federal

Executive Government Bodies and Mass Media of the FOMI

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 Drug Supply

and Management of Medical Products Circulation of the Health Ministry

of the Russian Federation

S.G. Kravchuk – Head of the Department for OMI FOMI Organization

D.Y. Kuznetsov – President MCMC

John Langenbrunner – Lead Health Economist with The World Bank,

PhD in Economic Sciences and Public Health (USA)

A.L. Lindenbraten – MD, PhD, Professor, the Research Institute

for Public Health of the Russian Academy of Medical Sciences

A.V. Reshetnikov – MD, PhD, Professor, Academician of the Russian Academy

of Medical Sciences, the Moscow City FCHIF

I.V. Sokolova – Deputy Chairman of the FCHIF

V.I. Starodubov – MD, PhD, Professor, Academician of the Russian Academy

of Medical Sciences, Vice-President of the Russian Academy

of Medical Sciences, Director of the Central Research Institute

of Health Service Organization and Information

O.V. Tsaryova – MD, PhD, 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 – Head of the Department for Legal and International

FOMI Activity

Editor-in-chief:

Е.А. Политова, 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 05.03.2013, Circulation: 2000 copies

Format: 205 x 275 mm, Volume: 78 type pages

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

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

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

Internet: www.omsjournal.ru

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

© «Obligatory Medical Insurance in Russian Federation», 2013

It is issued 1 time every second month since 2006

It is registered in the Federal Service of Supervision for Legislation Observation in Sphere of

Mass Media Communications and Culture Legacy Preservation

Registration number ПИ № ФС77-23840 of March 28 2006

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

Рабочая встреча Президента Российской Федерации
В.В. Путина с Министром здравоохранения Российской
Федерации В.И. Скворцовой 4

Новые кадровые назначения 8

Решения Правления Федерального фонда обязательного
медицинского страхования от 3 декабря 2012 года 10

Решения Правления Федерального фонда обязательного
медицинского страхования от 28 декабря 2012 года 12

Распоряжение Правительство Российской Федерации
от 13 октября 2012 г. № 1912-р «О внесении изменений
в распоряжение Правительства Российской Федерации
от 3 марта 2012 г. № 302-р» 13

Распоряжение Правительство Российской Федерации
от 3 марта 2012 г. № 302-р «Об утверждении
состава правления Федерального фонда обязательного
медицинского страхования (в ред. распоряжения
Правительства РФ от 13.10.2012 № 1912-р)» 14

НАШИ ПУБЛИКАЦИИ

Председатель ФОМС Н.Н. Стадченко:
Скорая медицинская помощь по-прежнему
будет лечить россиян без полиса 16

БЮДЖЕТ ФОМС

М.Н. Зайнутдинова
О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского
страхования на 2013 год и на плановый период
2014 и 2015 годов

M.N. Zaynutdinova
On the Budget of the Federal Fund
of Obligatory Medical Insurance for 2013 and for the
planned period between 2014 and 2015 20

Федеральный закон от 3 декабря 2012 года № 217-ФЗ
«О бюджете Федерального фонда обязательного
медицинского страхования на 2013 год и на
плановый период 2014 и 2015 годов» 23

МОДЕРНИЗАЦИЯ ОМС

О.В. Царёва
О внесении изменений в Федеральный закон
«Об обязательном медицинском страховании
в Российской Федерации» 38

O.V. Tsaryova
Amendments to the Federal Law «On obligatory medical
insurance in the Russian Federation» 38

Федеральный закон от 1 декабря 2012 года № 213-ФЗ
«О внесении изменений в Федеральный закон «Об
обязательном медицинском страховании в Российской
Федерации» 40

Федеральный закон от 11 февраля 2013 года № 5-ФЗ
«О внесении изменений в статью 50 Федерального
закона «Об обязательном медицинском страховании
в Российской Федерации» 45

ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

Д.Ш. Абдулазизов
Качество оказываемой населению медицинской помощи
ежегодно улучшается

D.S. Abdulazizov
Quality of medical care provided to the population
is annually improved. 46

A.N. Gurov, S.M. Smbatyan
Вопросы ответственности медицинских работников
в системе обязательного медицинского страхования

A.N. Gurov, S.M. Smbatyan
Matters of responsibility of medical staff in the system
of obligatory medical insurance 50

ДАЙДЖЕСТ НОВОСТЕЙ

Обязательное медицинское страхование
и социальная политика в СМИ 58

Рабочая встреча Президента Российской Федерации В.В. Путина с Министром здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой

21 января 2013 года



В.И. Скворцова информировала Президента Российской Федерации об итогах работы Министерства здравоохранения в 2012 году.

В.ПУТИН: Вероника Игоревна, Вы уже, видимо, подводите итоги работы за прошлый год. Хотелось бы об этом поговорить.

Принята Программа развития здравоохранения до 2020 года. Прошу сказать несколько слов о том, как Вы предполагаете работать по её реализации, и потом ещё поговорим по проблемам демографического характера.

Пожалуйста.

В.СКВОРЦОВА: Спасибо, Владимир Владимирович.

Хотела бы сказать, что за последнее время усилились положительные тенденции в здравоохранении, которые отмечают и пациенты, и медицинское сообщество.

По результатам 11 месяцев 2012 года у нас продолжается снижение смертности при всех основных заболеваниях: при заболеваниях органов кровообращения – почти на 4 процента, при инсультах – на 8 процентов,

туберкулёзе – на 11 процентов, от внешних причин – на 5,6 процента. Устойчивая тенденция к снижению смертности от онкологических заболеваний.

В.ПУТИН: Здесь меньше всего результат пока.

В.СКВОРЦОВА: Один процент. Но это тоже результат, потому что как раз по онкологической смертности мы сильно не отличаемся от передовых стран мира.

Поскольку мы перешли на регистрацию 500-граммовых детей с января 2012 года, ожидалось очень высокое повышение младенческой смертности. По прогнозам российских экспертов, оно должно было состояться на 30–35 процентов, по данным экспертов ВОЗ – до 100 процентов. По результатам 11 месяцев у нас действительно повысилась младенческая смертность до 8,8 на тысячу родившихся живыми детишек, но это повышение составило 18 процентов. Более того, в тех регионах, где уже была налажена эффективная трёхуровневая система, работали перинатальные центры, несмотря на изменение регистрации, младенческая смертность продолжала снижаться и достигла 6,5, тогда как в тех регионах, в которых система пока ещё не заработала, эта смертность – 11,8. Таким образом, различие почти в два раза между регионами.

В целом нужно сказать, что за один год у нас выживаемость низковесных и недоношенных детей повысилась более чем на 5 процентов.

Хотелось бы сказать, что 2012 год фактически вывел на постоянный прирост населения с учётом параллельного повышения рождаемости. Ну и в качестве положительных результатов: значительно улучшилось положение медицинских работников.

В.ПУТИН: Зарплата на сколько выросла?

В.СКВОРЦОВА: 13 процентов – у врачей, сейчас она составляет 32,7 тысячи, то есть это 123 процента от средней по экономике страны. И у среднего медицинского персонала – на 17 процентов, до 19 тысяч, это примерно 72 процента от средней по экономике.

Нужно сказать, что за прошедшие семь месяцев мы проанализировали ситуацию со здравоохранением в каждом регионе страны. В 65 регионах Министерство побывало с комплексными проверками. Фактически нам сейчас ясна ситуация, ясно, в каком направлении двигаться. Вместе с субъектами Российской Федерации мы разработали согласно Вашему указу, Владимир Владимирович, государственную программу «Развитие здравоохранения до 2020 года». Она была одобрена Правительством и утверждена в декабре.

Программа – это концептуальный документ, который содержит цели, задачи, основные направления. Основные цели достаточно амбициозны: мы должны увеличить продолжительность жизни россиян более чем до 74 лет, укрепить в целом здоровье и снизить смертность от всех заболеваний более чем на 15 процентов.

Разработаны конкретные действия для того, чтобы этого достичь. Прежде всего это формирование здорового образа жизни и единой профилактической среды

на основе очень тесного межведомственного взаимодействия и взаимодействия с общественными организациями, это возвращение уже с января этого года к всеобщей диспансеризации населения, которая будет ежегодной для детей и регулярной для взрослых в зависимости от возраста и состояния здоровья, и это целая система мер по повышению качества медицинской помощи и её доступности.

Я бы хотела отметить, безусловно, что чрезвычайно важной особой подпрограммой является подпрограмма «Материнство и детство». Мы более подробно планируем докладывать Вам об этом на ближайшем заседании Совета при Президенте по национальным проектам. В числе мер в этот комплекс входит продолжение развития инфраструктуры акушерской и педиатрической службы и, кроме того, согласно Вашему поручению, разработка специальных мер по укреплению здоровья детей-сирот.

Я хотела бы отметить, что на начало 2011 года износ инфраструктуры акушерства и педиатрии существенно превышал средний по отрасли. Если в среднем по отрасли он составлял чуть больше 54 процентов, то для системы материнства и детства был выше 70. За два года нам удалось очень многое сделать благодаря программам модернизации, которые Вы инициировали. Фактически было отремонтировано и переоснащено более 110 тысяч детских и акушерских коек и открыто высокотехнологичных коек почти 7 тысяч. Но с учётом этого высокого износа у нас остаётся ещё для дальнейшего развития около 85 тысяч акушерских и педиатрических коек, в том числе более тысячи высокотехнологичных коек реанимации новорождённых и более 2,5 тысячи коек патологии новорождённых, 4,5 тысячи акушерских коек и так далее.

Мы вместе с субъектами, проанализировав ситуацию, составили пока предварительный перечень тех учреждений, перинатальных центров, детских больниц и детских реабилитационных подразделений, которые необходимо либо построить, либо реконструировать или отремонтировать. Этот перечень есть, но в настоящее время мы начали процесс работы с субъектами Российской Федерации по утверждению региональных программ развития здравоохранения до 2020 года. Это очень творческий процесс, потому что мы вместе индивидуально достраиваем программы под тот амбициозный результат, которого мы все должны достичь. Мы планируем утвердить региональные программы развития здравоохранения до 1 мая, в том числе определить объём необходимых инвестиций, прежде всего в материнство и детство.

Если Вы позволите, я хотела бы ещё остановиться на трёх, на мой взгляд, очень важных, принципиальных блоках государственной программы. Во-первых, это лекарственное обеспечение и его совершенствование, поскольку именно лекарственное обеспечение зачастую определяет качество медицинской помощи. Минздравом по Вашему указу подготовлена Стратегия лекарственного обеспечения до 2025 года, план по её реализации. Стратегия была одобрена на заседании у Председателя

Правительства Дмитрия Анатольевича Медведева. В настоящее время мы уже начинаем её реализацию, и уже до 2015 года, мы надеемся, нам очень многое удастся сделать. Оптимизация системы в целом, которая продумана, позволит нам без вовлечения дополнительных ресурсов увеличить возможности системы, по нашим расчётам, примерно на 20 процентов при прежних ресурсах.

Наряду с чисто организационными и нормативными преобразованиями мы продумали несколько пилотных проектов по новым методам формирования и удержания цен на лекарства на рынке и важные пилотные проекты по устранению межрегиональных различий по лекарственному обеспечению, особенно льготных категорий граждан.

Отдельный, очень важный блок – это совершенствование медицинского образования, повышение квалификации медицинских работников и обеспечение всей системы здравоохранения достаточным количеством медицинских работников с высшим и средним образованием, младших медицинских работников по потребностям системы, я это хотела бы подчеркнуть. Здесь мы очень тесно сотрудничаем с медицинским профессиональным сообществом, и благодаря этому сотрудничеству мы, я надеюсь, с этой задачей справимся и до 1 мая на основании Вашего Указа представим Вам 83 программы комплекса мер по совершенствованию кадровой политики во всех регионах. В настоящее время мы уже практически закончили эту работу.

Отдельный блок – это, безусловно, инновационное развитие здравоохранения. Именно оно определяет будущее россиян, поскольку медицинская наука сегодня – это медицинская практика через 10, 20, 30 лет. Этот блок чрезвычайно важен.

Мы подготовили по Вашему указу Стратегию развития медицинской науки. Она была одобрена и утверждена Правительством Российской Федерации в декабре. Я бы очень хотела более подробно остановиться на этой программе, поскольку мы считаем, что это один из главных векторов развития здравоохранения и смыслового содержания медицины.

В целом вся программа будет реализована в два этапа, и все основные преобразования (организационные, нормативные, инфраструктурные, кадровые) будут закончены в 2015 году. Это позволит нам сбалансировать полностью систему (программу) государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи россиянам и её базовую часть, касающуюся обязательного медицинского страхования. Таким образом, мы перейдём на полное финансовое наполнение тарифа в соответствии с порядками и стандартами, которые с января этого года становятся едиными на территории нашей страны.

Это же позволит нам и существенно улучшить положение медицинских работников, поскольку заработная плата – часть этого тарифа. И мы выйдем к 2015 году на 137 процентов от средней зарплаты врачей по экономике, для младшего и среднего персонала – более 70 процентов.

Начиная с 2016 года мы будем уже увеличивать качественный потенциал здравоохранения прежде всего путём расширения тех перечней лекарств и медицинских технологий, которые государство гарантирует. Мы предполагаем развитие по модернизационному сценарию, который потребует некоторого увеличения финансового наполнения, но при условии оптимизации отрасли. И в этом случае мы надеемся, что мы не просто решим те задачи, которые поставлены перед нами, но и выведем нашу систему здравоохранения на передовые рубежи.

В.ПУТИН: А что у нас со стандартами?

В.СКВОРЦОВА: Стандарты в настоящее время утверждены. 775 стандартов утверждено и будет утверждено ещё около 25 стандартов. Всего 800. Мы исходно думали, что этих стандартов будет несколько больше – более тысячи, но за счёт работы наших главных внештатных специалистов и их экспертных сообществ удалось укрупнить некоторые стандарты, и, таким образом, это общее количество.

С июня месяца мы полностью провели ревизию всех стандартов, которые готовились в течение двух лет. Мы разработали системы электронных классификаторов и обчислили стоимость каждого стандарта. Это позволило нам в пересчёте на данные медицинской статистики просчитать стоимость, во-первых, каждой нозологической формы и стоимость всей медицинской помощи, которая необходима россиянам. Таким образом, на сегодняшний день эта стоимость нам известна. Она ложится в основу формирования программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. К ней прибавляется небольшой люфт на широкомасштабные профилактические мероприятия. И он тоже сформирован. Это большая сумма – 80 миллиардов уже в 2013 году: на все диспансеризации и программу мотивирования граждан к формированию здорового образа жизни.

Фактически нам удалось за эти полгода не только изменить систему обоснования финансового наполнения всей системы здравоохранения, но и разработать методику на основе клинко-статистических групп правильного доведения денег до каждого лечебно-профилактического учреждения в зависимости от его профильности, в зависимости от особенности контингента, который обслуживает это учреждение. И уже с 2013 года мы внедряем, таким образом, «петлю» финансового обеспечения, которая связана с обоснованием на основе стандартов, затем валового коэффициента, который позволяет распределить деньги между регионами и внутри каждого региона – клинко-статистические группы с доведением до каждого конкретного учреждения.

С этой задачей мы справились, мы согласовали все эти методы со всеми субъектами Российской Федерации, они одобрены и приняты субъектами.

Кроме того, конечно, мы очень тесно сейчас работаем с профессиональными медицинскими сообществами. Перед нами стоят дальнейшие, очень серьёзные задачи:

мы должны за 2013 год полностью сформировать общенациональные клинические рекомендации.

В.ПУТИН: Как в программе предполагается решить вопросы с сельской медициной? Есть у Вас рекомендации для этой части?

В.СКВОРЦОВА: Есть. Во-первых, целый блок программы (подпрограмма) посвящён развитию первичной медико-санитарной помощи в разных условиях, в том числе в условиях сельской медицины, в условиях, так скажем, не самой совершенной транспортной инфраструктуры и достаточно низкой плотности населения. Для того, чтобы вопросы были решены, [разрабатываются] индивидуализированные программы, пересматриваются все нормы на создание учреждений первого уровня, несколько меняется соотношение врачей и среднего медицинского персонала для сельской местности, совершенно особо решается вопрос по лекарственному обеспечению населения и доступности лекарственного обеспечения.

Но я хотела бы сказать, что мы за последние два года существенно расширили сеть ФАПов, врачебных общин практик, а также врачебных сельских амбулаторий. Благодаря принятым решениям сформированы специальные аптечные пункты на территории ФАПов, и специально были разработаны программы по повышению квалификации фельдшеров, которые работают, с тем чтобы они могли сами продавать лекарства.

Особая тема – это развитие системы скорой помощи на селе, и то, что в рамках программы модернизации 119 тысяч машин скорой помощи были оснащены системой ГЛОНАСС, очень выручает сельскую медицину, поскольку это позволяет передавать на расстоянии электрокардиограмму в центральную районную больницу и круглосуточно иметь возможность проконсультировать и, таким образом, правильно начинать лечить больных прямо на месте, дома или в машине скорой помощи. Иногда это стоит жизни больному. В общем, разные аспекты.

В.ПУТИН: Как, Вы думаете, будет расти заработная плата медперсонала и средних специалистов в наступившем 2013 году? Предварительные расчёты какие, прогнозы?

В.СКВОРЦОВА: Мы думаем, что обеспечим примерно 7–8 процентов роста за год. Хотели бы, чтобы само повышение заработной платы было гармоничным фрагментом повышения тарифа медицинской помощи, как компонент этого тарифа, чтобы это не было каким-то искусственным дополнением к оплате медицинской помощи.

В настоящее время система наполнения обязательного медицинского страхования так выстроена, что мы совершенно точно этого добьёмся.

До 2015 года мы чётко себе представляем в рамках бюджетного планирования, каким образом у нас будет наполняться система, в том числе увеличиваться заработная плата. Несколько сложнее пока прогнозировать ситуацию с 2016 года. Здесь есть несколько возможных сценариев, которые мы готовы доложить.

В.ПУТИН: Хорошо.

И в завершение. Мы и с Вами обсуждали, и с руководством Правительства говорили о том, насколько эффективно (и Вы сейчас тоже об этом в начале сказали) работают перинатальные центры для того, чтобы свести к минимуму материнскую смертность, детскую смертность. Там, где уже созданы эти перинатальные центры, эффект очевидный. Мы с Вами договаривались о том, что Вы проанализируете другие регионы Российской Федерации, где таких центров пока нет, и сделаете предложения по поводу того, как, какими темпами и в каких регионах, что нужно сделать для того, чтобы эту программу двигать дальше. Может быть, не так масштабно, как мы это делали в предыдущие годы, имея в виду, что было четыре федеральных и все остальные – региональные, посмотреть на возможное участие самих регионов, выставить приоритеты и сделать соответствующие предложения.

*Опубликовано на сайте Президента России
www.kremlin.ru 21.01.2013 г. в разделе «Стенограммы»
<http://www.kremlin.ru/transcripts/17351>*

Новые кадровые назначения

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования Российской Федерации



Коваленко Оксана Николаева назначена на должность начальника Управления бухгалтерского учета и отчетности - главного бухгалтера Федерального фонда обязательного медицинского страхования на основании Приказа ФОМС от 9 января 2013 г. № 1-л.

О.Н. Коваленко 1974 г.р. В 1996 г. с отличием окончила Кубанский государственный технологический университет, с присвоением квалификации «инженер-экономист» по специальности «Экономика и управление в АПК».

С 1996 по 2002 гг. – работа в Сберегательном Банке РФ г. Краснодара.

С 2002 по 2006 гг. – главный бухгалтер МУЗ «Краснодарская городская психиатрическая больница» г. Краснодара.

С 2006 по 2007 гг. – начальник отдела финансирования исполнительной дирекции Краснодарского территориального фонда обязательного медицинского страхования г. Краснодара.

С 2007 по 2012 гг. – главный бухгалтер Территориального фонда ОМС Краснодарского края.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Карелия



Гравов Андрей Михайлович назначен на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Карелия на основании распоряжения Правительства Республики Карелия от 14 января 2013 г. № 15р-П.

А.М. Гравов 1962 г.р. Образование высшее. В 1986 г. окончил Ленинградский ордена Трудового Красного знамени педиатрический институт по специальности «Педиатрия».

В 2004 г. окончил Карельский региональный институт управления, экономики и права Петрозаводского государственного университета при Правительстве республики по программе «Менеджмент».

С 1985 по 1986 гг.- младший медбрат клинической больницы Ленинградского педиатрического медицинского института.

В 1986 г. работал лаборантом кафедры детской спортивной медицины Ленинградского ордена Трудового Красного знамени педиатрического медицинского института.

С 1986 по 1991 гг. – врач-интерн, врач-отоларинголог Петрозаводской детской больницы № 1.

С 1991 по 1992 гг.– врач отделения ультразвуковой диагностики Республиканской больницы, г. Петрозаводск.

С 1992 по 1999 гг. – врач-отоларинголог, заведующий ЛОР-отделением

Петрозаводской детской больницы № 1.

С 1999 по 2003 гг. – главный врач ГУЗ «Поликлиника» Министерства здравоохранения Республики Карелия.

С 2003 по 2008 гг. – главный врач ГУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», г. Петрозаводск.

С 2008 по 2011 гг. – исполнительный директор Государственного учреждения «Карельский территориальный фонд обязательного медицинского страхования», г. Петрозаводск, Республика Карелия.

С 2011 по 2012 гг. – первый заместитель исполнительного директора, помощник директора Государственного учреждения «Карельский территориальный фонд обязательного медицинского страхования».

В 2012 г. занимал должность исполняющего обязанности директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Карелия.

А.М. Гравов – заслуженный врач Российской Федерации, заслуженный врач Республики Карелия. Награжден Почетной грамотой Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Краснодарского края



Морозова Людмила Юрьевна назначена на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Краснодарского края распоряжением главы администрации (губернатора) Краснодарского края от 28 декабря 2012 г. № 678-рл.

Морозова Л.Ю. 1965 г.р. В 1984 г. после окончания Орджоникидзевого финансового техникума работала старшим бухгалтером в Централизованной бухгалтерии управления культуры Краснодарского края.

В 2002 году окончила Краснодарский государственный университет культуры и искусств по специальности «Менеджмент в социальной сфере», квалификация – экономист-менеджер, и вступила в должность начальника Централизованной бухгалтерии департамента культуры Краснодарского края.

Общий трудовой стаж в отрасли культуры составляет более 28 лет.

С 2004 г. - на государственной службе в департаменте культуры Краснодарского края в должности начальника планово-финансового управления. С 2009 по 2012 гг. – первый заместитель руководителя департамента культуры Краснодарского края.

При участии Л.Ю. Морозовой разработана краевая целевая программа «Культура Кубани», стратегия развития отрасли «Культура, искусство и кинематография».

Под руководством Л.Ю. Морозовой в отрасли проводились прогрессивные реформы системы финансирования и правового положения учреждений культуры: осуществлялось преобразование государственных учреждений в форму автономных, внедрялись механизмы финансирования, устанавливающие взаимосвязь между реальными потребностями населения в получении услуг сферы культуры, объемом и качеством предоставляемых услуг и бюджетными расходами, разрабатывалась ведомственная нормативно-правовая база.

Морозову Л.Ю. характеризует профессионализм, трудолюбие, высокая степень ответственности и самоотдача своему делу.

За вклад в развитие культуры Кубани, многолетний плодотворный труд Л.Ю. Морозовой присвоено почетное звание «Заслуженный работник культуры Кубани».

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Приморского края



Бокиевец Тамара Александровна назначена на должность директора государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Приморского края» на основании приказа Администрации Приморского края от 14 января 2013 г. №5-рл.

Т.А. Бокиевец 1964 г.р. Образование высшее. В 1986 г. окончила Новосибирский институт кооперативной торговли по специальности «Бухгалтерский учет и анализ хозяйственной деятельности». В 2004 г. – Владивостокский государственный университет экономики и сервиса по специальности «Юриспруденция».

В 2009 году окончила Дальневосточный государственный университет по специальности «Государственное и муниципальное управление».

С 1987 по 1990 гг. – секретарь комитета ВЛКСМ во Владивостокском кооперативном техникуме.

С 1990 по 2002 гг. – начальник отдела, заместитель генерального директора по экономическим вопросам МУПП ВКХ.

С 2003 по 2005 гг. – заместитель генерального директора по экономическим вопросам ОАО «Далькомхолд» г. Владивосток.

С 2006 по 2008 гг. – главный специалист Администрации Приморского края.

С 2008 по 2009 гг. – заместитель главы Администрации г. Владивостока.

С 2009 по 2010 гг. – заместитель директора ОАО «Водоканал».

С 2011 по 2012 гг. – заместитель директора ООО «ЭВПРС».

Правление Федерального фонда обязательного медицинского страхования

3 декабря 2012 года

О ПРОЕКТЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА «О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН «О БЮДЖЕТЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА 2012 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2013 И 2014 ГОДОВ»

Во исполнение подпункта 6 пункта 18 Устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 29.07.1998 № 857 (в редакции от 15.08.2012 № 830), правление ФОМС рассмотрело проект федерального закона «О внесении изменений в Федераль-

ный закон «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2012 год и на плановый период 2013 и 2014 годов» и отмечает, что законопроектом предусматривается увеличение общего объема доходов бюджета Фонда в 2012 году на 25,0 млрд. рублей за счет страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения. Дополнительные доходы предусматривается направить на увеличение субвенций на 8,0 млрд. рублей и на пополнение нормированного страхового запаса – на 17,0 млрд. рублей.

Указанные дополнительные ассигнования позволят увеличить заработную плату медицинским работникам и улучшить лекарственное обеспечение.

Решение Правления Федерального фонда обязательного медицинского страхования:

Одобрить проект федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2012 год и на плановый период 2013 и 2014 годов».

О БЮДЖЕТЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА 2013 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2014 И 2015 ГОДОВ

Во исполнение подпункта 2 пункта 18 Устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 29.07.1998 № 857 (в редакции от 27.10.2008), правление ФОМС рассмотрело проект федерального закона «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» и отмечает, что законопроект подготовлен с учетом реализации положений Бюджетного послания Президента Российской Федерации о бюджетной политике в 2013-2015 годах, отвечает требованиям Бюджетного кодекса Российской Федерации и законодательства, регулирующего обязательное медицинское страхование.

Основные характеристики бюджета Фонда на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов подготовлены на основе прогноза социально-экономического развития Российской Федерации на 2013-2015 годы с учетом исполнения возложенных на Фонд функций и задач.

Доходы и расходы бюджета Фонда сбалансированы и определены на 2013 год в сумме 1059,3 млрд. рублей, на плановый период 2014 и 2015 годов соответственно – 1208,8 млрд. рублей и 1442,5 млрд. рублей.

Суммы учтенных в бюджете Фонда межбюджетных трансфертов из федерального бюджета на компенсацию выпадающих доходов в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов для отдельных категорий плательщиков составляют на 2013 год 50,4 млрд. рублей, на 2014 год – 18,8 млрд. рублей и на 2015 год – 1,0 млрд. рублей.

В целях финансового обеспечения расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при исполнении полномочий Российской Федерации по обязательному медицинскому страхованию, переданных для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации федеральными законами, в бюджете Фонда предусмотрены субвенции бюджетам территориальных фондов ОМС на 2013 год в сумме 985,4 млрд. рублей.

Бюджет предусматривает направление в 2013-2015 годах в бюджет Фонда социального страхования Российской Федерации межбюджетных трансфертов в объеме 19,03 млрд. рублей ежегодно на оплату медицинским организациям государственной и муниципальной систем

здравоохранения, медицинским и иным организациям, осуществляющим медицинскую деятельность, участвующим в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи,

услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни.

Решение Правления Федерального фонда обязательного медицинского страхования:

Одобрить проект федерального закона «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов».

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

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

Решение Правления Федерального фонда обязательного медицинского страхования:

- Зеленского Владимира Анатольевича – исключить из состава Ревизионной комиссии Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в связи с переходом на другую работу);
- Хорову Наталью Александровну – исключить из состава Ревизионной комиссии Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в связи с назначением на другую должность);
- Директора Департамента учетной политики и контроля Министерства здравоохранения Российской Федерации Саволайнен Надежду Борисовну включить в состав Ревизионной комиссии и утвердить ее председателем;
- Заместителя директора Финансово-экономического департамента Министерства здравоохранения Российской Федерации Кузенко Петра Ивановича включить в состав Ревизионной комиссии.

Правление Федерального фонда обязательного медицинского страхования

28 декабря 2012 года

О ПЕРСПЕКТИВНОМ ПЛАНЕ РАБОТЫ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА 2013 ГОД

Во исполнение подпункта 1 пункта 18 Устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 29.07.1998 № 857

 **Решение Правления Федерального фонда обязательного медицинского страхования:**

Утвердить перспективный План работы Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2013 год.

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПЛАНА РАБОТЫ РЕВИЗИОННОЙ КОМИССИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Правление Федерального фонда обязательного медицинского страхования, рассмотрев План работы Ревизионной комиссии Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2013 год

 **Решение Правления Федерального фонда обязательного медицинского страхования:**

Утвердить План работы Ревизионной комиссии Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2013 год.



ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

от 13 октября 2012 г. № 1912-р

МОСКВА

О внесении изменений в распоряжение Правительства Российской Федерации от 3 марта 2012 г. № 302-р

Внести в распоряжение Правительства Российской Федерации от 3 марта 2012 г. № 302-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 11, ст. 1345) следующие изменения:

а) пункт 2 изложить в следующей редакции:

«2. Принять к сведению, что председателем правления Федерального фонда обязательного медицинского страхования по должности является Министр здравоохранения Российской Федерации Скворцова В.И., а председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Стадченко Н.Н. входит в состав правления Фонда по должности.»;

б) в составе правления Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденном указанным распоряжением:

утвердить членом правления Фонда заместителя председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья Дорофеева С.Б. (по согласованию);

указать новую должность Котюкова М.М. - заместитель Министра финансов Российской Федерации;

исключить из состава правления Фонда Яковлеву Т.В.

Председатель Правительства
Российской Федерации
Д. МЕДВЕДЕВ



ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

от 3 марта 2012 г. № 302-р

МОСКВА

Об утверждении состава правления Федерального фонда обязательного медицинского страхования

(в ред. распоряжения Правительства РФ от 13.10.2012 N 1912-р)

1. Утвердить прилагаемый состав правления Федерального фонда обязательного медицинского страхования.
2. Принять к сведению, что председателем правления Федерального фонда обязательного медицинского страхования по должности является Министр здравоохранения Российской Федерации Скворцова В.И., а председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Стадченко Н.Н. входит в состав правления Фонда по должности.

(п. 2 в ред. распоряжения Правительства РФ от 13.10.2012 N 1912-р)

Председатель Правительства
Российской Федерации
В. ПУТИН

Утвержден распоряжением
Правительства Российской Федерации
от 3 марта 2012 г. № 302-р

**СОСТАВ
ПРАВЛЕНИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

(в ред. распоряжения Правительства РФ от 13.10.2012 N 1912-р)

- Ананьев Д.Н. - первый заместитель председателя Комитета Совета Федерации по бюджету и финансовым рынкам (по согласованию)
- Дорофеев С.Б. - заместитель председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья (по согласованию)
- Кигим А.С. - президент Всероссийского союза страховщиков (по согласованию)
- Котюков М.М. - заместитель Министра финансов Российской Федерации
- Кришталь Д.М. - заместитель председателя Федерации независимых профсоюзов России (по согласованию)
- Кузьменко М.М. - председатель Профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации (по согласованию)
- Рязанский В.В. - председатель Комитета Совета Федерации по социальной политике (по согласованию)
- Хор Г.Я. - первый заместитель председателя Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам (по согласованию)
- Черепов В.М. - исполнительный вице-президент Общероссийского объединения работодателей «Российский союз промышленников и предпринимателей» (по согласованию)



Председатель ФОМС Н.Н. Стадченко: Скорая медицинская помощь по-прежнему будет лечить россиян без полиса



Н.Н. Стадченко
Председатель ФОМС

Переход скорой помощи на финансирование из системы обязательного медицинского страхования (ОМС) с 1 января 2013 года вызвал опасения у россиян. Якобы пациенту без полиса можно даже не звонить в 03, а врачу, решившему спасти человека без документов, не оплатят его работу. О том, как на самом деле будет формироваться зарплата медиков и почему наличие или отсутствие полиса не является главным критерием при вызове скорой помощи, рассказала в интервью корреспонденту РИА Новости Людмиле Бескорвайной Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) Наталья Стадченко.

Наталья Николаевна, какие перемены ждут врачей в связи с переходом скорой помощи на финансирование из бюджета ФОМС?

В первую очередь, все новшества, которые происходят в системе здравоохранения, направлены исключительно на то, чтобы на всей территории России населению могла быть оказана квалифицированная медицинская помощь в полном объеме.

Не секрет, что скорая помощь на протяжении многих лет финансировалась по смете. То есть зарплата медиков не зависела от объемов оказания медицинской помощи и количества обслуженных вызовов. Хотя в зимние периоды, когда происходят вспышки заболеваний, нагрузка на скорую помощь существенно увеличивается. А летом, в сезон отпусков, происходит большая миграция внутри страны. Соответственно, в ряде регионов, принимающих большие потоки отдыхающих и отпускников, на эту службу также возрастает нагрузка. Но, в то же время, не суще-

ствовало механизмов, позволяющих увязать заработную плату медицинских работников бригад «скорой помощи» в связи с увеличенными объемами работ. Они получали фиксированную зарплату.

Перевод скорой медицинской помощи в систему ОМС позволит увязать нагрузку и качество оказанной медицинской помощи с заработной платой медицинских работников выездных бригад.

Получается, сколько пациентов врач обслужил, такую зарплату и получит?

Врачи скорой помощи – это отдельная каста медиков. Когда они выезжают на вызов, порой они должны молниеносно принять решение, за которое потом несут ответственность. Наша задача состоит, чтобы они получили повышение заработной платы в рамках реализации Указа Президента Российской Федерации, с учетом личного вклада каждого.

Сейчас переходный этап. Систему оплаты труда медицинского персонала определяет каждый субъект РФ самостоятельно, хотя наиболее оптимальным признан механизм финансирования по подушевому принципу. В каждом регионе определена численность застрахованного населения, что дает возможность осуществлять финансирование станций скорой медицинской помощи, исходя из объемов обслуживаемого населения. Поэтому и оплата будет происходить исходя из принципа «деньги следуют за пациентом».

Также будет предусмотрен межтерриториальный расчет. Этого раньше не было. К примеру, человек проживает в Москве и едет отдыхать в Сочи. Там он вызывает

скорую. Обслужила она этот вызов или нет, раньше на зарплату врача это не влияло. Сейчас при обслуживании скорая помощь будет выставлять реестр и дополнительно получать деньги за оказание помощи пациенту, зарегистрированного в другом субъекте Федерации.

В первую очередь, все новшества, которые происходят в системе здравоохранения, направлены исключительно на то, чтобы на всей территории России населению могла быть оказана квалифицированная медицинская помощь в полном объеме.

То есть человеку, который имеет полис, теперь будет легче получить помощь в любом регионе страны?

Да, кроме того, это будет влиять на зарплату врача. К тому же сохраняется бюджетное финансирование, потому что у нас есть также и доля незастрахованного населения. Из 143,3 миллионов населения страны таких 1,1 млн. человек.

Незастрахованному гражданину все равно будет оказана помощь, а служба скорой медицинской помощи получит оплату из средств местного бюджета.

Есть ряд регионов, в которых скорая помощь работает в системе ОМС достаточно давно. Это, например, Республика Татарстан, Тюменская, Калининградская, Пензенская области и другие.

Для врача безразлично, из какого источника финансирования он получит заработную плату – из бюджета или из системы ОМС. Он хочет, чтобы его заработок отражал тот вклад в работу, который он осуществляет.

Теперь врачам на вызове придется заполнять дополнительные документы, не усложнит ли это их работу?

Существует единая база застрахованных лиц на всей территории России. Она есть в каждом лечебном учреждении. Скорая помощь теперь тоже будет иметь собственную базу застрахованных, где есть все персональные данные пациентов.

Раньше при оказании медпомощи бригада все равно должна была спросить паспорт и перенести эти данные в карту вызова. Безусловно, теперь появляется необходимость записать серию и номер полиса ОМС (в случае, когда пациент имеет возможность предоставить полис или сведения о нем). Это некий элемент дополнительной работы, но он не является чем-то из области невозможного. Информация, которая требуется, находится в регистре застрахованных на сайте территориальных фондов ОМС, доступ к которым имеют все медицинские организации.

Если у пациента нет полиса, он его потерял, или полис просрочен, что тогда?

Во-первых, у нас нет сейчас понятия «просроченный полис». Все граждане РФ с выходом нового закона об ОМС являются застрахованными. Медицинская помощь оказывается также по полисам старого образца. Если вы потеряли полис, через сайт территориального фонда ОМС или свою страховую медицинскую организацию гражданин может узнать его серию и номер.

Кроме того, выше я говорила, что предусмотрено частичное финансирование скорой помощи из бюджета. Это касается лиц без документов. Им всегда помощь оказывалась и будет оказываться. За это будут платить регионы России, как они и платили до 1 января 2013 года.

Получается, региону выгодно, если наибольшее число его жителей застраховано?

Безусловно, это так и есть. Но в принципе уже все граждане России имеют полисы. С 1 мая 2011 года появился полис единого образца, который выдается на всей территории страны. И сейчас те, кто получил такой полис, получает помощь по нему. Остальные получают помощь по старым, им не отказывают ни в поликлиниках, ни в стационарах. Так же будет и со скорой помощью. Но главное, чтобы все жители получили полисы ОМС, которые будут подтверждать факт страхования и обеспечивать оплату медицинских услуг за счет средств обязательного медицинского страхования.

Напомните, пожалуйста, на каких условиях сегодня можно получить полис ОМС?

Сейчас полис не привязан к месту регистрации. Например, человек может быть прописан в Курске, а живет и работает в Москве. Чтобы получить полис, он не поедет в Курск, потому что фактически проживает в Москве и

Скорая медицинская помощь до 2013 года финансировалась по сметному принципу. При этом заработная плата медицинских работников не зависела от объемов оказания медицинской помощи и количества обслуженных вызовов. Перевод скорой медицинской помощи в систему ОМС позволит увязать нагрузку и качество оказанной медицинской помощи с заработной платой медицинских работников выездных бригад.

оказание медицинской помощи ему необходимо в Москве. Место регистрации не является основанием к отказу в выдаче полиса, поэтому он сможет получить его в любой страховой компании в Москве, в которую решит

обратиться. Далее человек может написать заявление и прикрепить в ближайшей по месту жительства поликлинике.

Каким образом теперь будет оплачиваться работа скорой помощи в чрезвычайных ситуациях, когда нет времени разбираться, есть ли у человека паспорт, полис, гражданство?

Чрезвычайные ситуации на то и чрезвычайные, чтобы решать эти вопросы мгновенно. Например, была трагедия в Крымске. Тогда все виды медицинской помощи были оказаны всем пострадавшим, независимо от их гражданства. Есть специальные резервы для таких ситуаций в бюджетах регионов, а также нормированные страховые запасы в Федеральном и территориальных фондах ОМС.

Одним из новшеств является и оценка качества работы скорой помощи, которую будут проводить эксперты страховых компаний. Что она из себя представляет?

В службе скорой медицинской помощи ранее не проводился вневедомственный контроль. Однако при оказании медпомощи в амбулаторных и стационарных условиях страховые компании достаточно давно проводят экспертизу качества. В территориальных фондах создан реестр врачей-экспертов, в который включаются врачи, имеющие стаж работы не менее 10 лет и прошедшие подготовку по экспертизе в области ОМС. Они проводят экспертизу в соответствии с единым порядком, установленным приказом ФОМС.

С 1 января 2013 года медицинская помощь оказывается в соответствии с порядками и на основе стандартов. Врачи-эксперты теперь будут проверять в том числе и качество оказания скорой помощи.

С вступлением в силу закона об обязательном медицинском страховании, центральным звеном системы становится пациент. Он выбирает страховую медицинскую компанию, поликлинику, к которой будет прикреплен, врача. Он имеет право на то, чтобы проводили экспертизу качества медицинской помощи не только в стационаре или поликлинике, но и в период оказания скорой помощи.



Фото: РИА Новости



Теперь любой человек может обратиться в страховую компанию, если у него есть какие-нибудь вопросы, претензии, пожелания или благодарность в адрес обслужившей его бригады скорой помощи.

Например, вы можете сообщить страховой компании, что вам оказали помощь, сделали укол, но вы считаете, что нуждаетесь в госпитализации. Если это так, то спе-

циалисты страховой компании проведут экспертизу по вашему обращению, и если вам действительно необходимо дальнейшее лечение в стационаре, оно будет проведено.

*Опубликовано на сайте РИА Новости (www.rian.ru)
17 января 2013 года*

О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов

М.Н. Зайнутдинова

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования



М.Н. Зайнутдинова

Резюме

Общий объем доходов бюджета Фонда в 2013 году планируется в сумме 1 059,3 млрд. рублей, в 2014 году - 1 208,8 млрд. рублей, в 2015 году - 1 442,5 млрд. рублей. Основной целью бюджетной политики Фонда является финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации. В соответствии с ней, в бюджете Фонда на 2013 год предусмотрены субвенции бюджетам территориальных фондов обязательного

медицинского страхования в сумме 985,4 млрд. рублей, или 93% к общему объему ассигнований.

Ключевые слова: бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования, страховые взносы на обязательное медицинское страхование, межбюджетные трансферты из федерального бюджета, нормированный страховой запас, субвенции бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Abstract

On the Budget of the Federal Fund of Obligatory Medical Insurance for 2013 and for the planned period between 2014 and 2015

M.N. Zaynutdinova

The Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance

The total volume of budget revenues of the Foundation in 2013 is planned in the amount of 1,059.3 milliard rubles, in 2014 - 1,208.8 milliard rubles, in 2015 - 1,442.5 milliard rubles. The main purpose of the fiscal policy of the Foundation is financial provision of obligatory medical insurance organization in territories of subjects of the Russian Federation. In accordance therewith, subventions to the budgets of the territorial Foundations of Obligatory Medical Insurance

are envisaged in the amount of 985.4 milliard rubles or 93% of the total appropriations in the Foundation budget for 2013.

Key words: Budget of the Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance, insurance premiums for obligatory medical insurance, inter-budgetary transfers from the federal budget, standardized insurance reserve, subventions to the budgets of the territorial Foundations of Obligatory Medical Insurance.

Для корреспонденции:

Зайнутдинова Мадина Нургалиевна – заместитель начальника Финансово-экономического управления ФОМС

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

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

Телефон: (499) 973-49-27, (495) 987-03-80 доб.1141. E-mail: mzajnutdinova@ffoms.ru

Madina N. Zaynutdinova – Deputy Head of the Financial Economic Department of the Federal Obligatory Medical Insurance Foundation

(FOMIF) Address: 37, Ul. Novoslobodskaya, Moscow, 127994, Russia

Tel.: (499) 973-49-27, (495) 987-03-80 add.1141. E-mail: mzajnutdinova@ffoms.ru

Параметры бюджета Фонда

Федеральный закон от 3 декабря 2012 года № 217-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» утверждает бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – Фонд) на 2013 год и на двухлетний плановый период.

Бюджет Фонда на 2013 год и на двухлетний плановый период сформирован с нулевым дефицитом.

Расчет параметров бюджета на 2013–2015 годы производился с учетом положений федеральных законов «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования», «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения».

Общий объем доходов бюджета Фонда в 2013 году планируется в сумме 1 059,3 млрд. рублей, в 2014 году – 1 208,8 млрд. рублей, в 2015 году – 1 442,5 млрд. рублей.

Если говорить о структуре доходов, то основная часть планируемых доходов (95,2% в 2013 году, 98,4% в 2014 году, 99,9% в 2015 году) будет обеспечена поступлениями страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего и неработающего населения.

Объем поступлений страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения в 2013 году ожидается в сумме 631,8 млрд. рублей, в 2014 году – 727,5 млрд. рублей, в 2015 году – 812,5 млрд. ру-

блей. Платежи работодателей на обязательное медицинское страхование определены, в основном, исходя из тарифа 5,1% с сумм выплат, не превышающих предельную величину облагаемой базы для начисления страховых взносов.

В доходах бюджета Фонда учтены межбюджетные трансферты из федерального бюджета, передаваемые на компенсацию выпадающих доходов в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов отдельным категориям плательщиков. Сумма межбюджетных трансфертов на указанные цели составляет в 2013 году 50,4 млрд. рублей, в 2014 году – 18,8 млрд. рублей, в 2015 году – 1,0 млрд. рублей.

Размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения определен в соответствии с Федеральным законом «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» и статьей 51 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Поступления страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения учтены в 2013 году в сумме 377,0 млрд. рублей, в 2014 году в сумме 462,5 млрд. рублей, в 2015 году в сумме 629,0 млрд. рублей.

Необходимо отметить, что, в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 31.12.2010 № 1225 «О размещении временно свободных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования», с 2011 года Фонд

Таблица

Основные показатели	2012 год		2013 год		Темп роста, %
	Утверждено Федеральным законом от 30.11.2011 № 370-ФЗ	Уд.вес, %	Утверждено Федеральным законом от 03.12.2012 № 217-ФЗ	Уд.вес, %	
Расходы, всего	916,3		1 059,3		115,6
в том числе:					
субвенции для финансового обеспечения организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации	611,5	66,7	985,4	93,0	161,1

В расчете объема субвенций учтено:

- увеличение финансового обеспечения расходов, осуществляемых в рамках базовой программы ОМС, в том числе на повышение оплаты труда работников здравоохранения;
- проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан, диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, не ниже плановых значений 2012 года;
- осуществление денежных выплат участковым врачам-терапевтам, участковым врачам-педиатрам, врачам общей (семейной) практики, медицинским сестрам, работающим с названными врачами в медицинских организациях, медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медицинским сестрам скорой медицинской помощи не ниже плановых значений 2012 года.

осуществляет размещение временно свободных средств. В 2013 году средства в объеме процентного дохода, как и в 2012 году, будут направлены на пополнение нормированного страхового запаса.

Приоритеты бюджета Фонда

Основной целью бюджетной политики Фонда является финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации. В соответствии с ней, в бюджете Фонда на 2013 год предусмотрены субвенции бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования в сумме 985,4 млрд. рублей, или 93% к общему объему ассигнований.

Данные по ассигнованиям, предусмотренным на финансовое обеспечение базовой программы обязательного медицинского страхования в 2012–2013 годах, приведены в таблице.

В 2013 году Фонд продолжит финансирование:

- программ и мероприятий по модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, нацеленных на повышение качества предоставляемой гражданам Российской Федерации медицинской помощи. На их реализацию планируется направить 52,7 млрд. рублей;

- единовременных компенсационных выплат медицинским работникам. На эти цели будут направлены остатки средств на 1 января 2013 года, образовавшиеся в связи с неполным использованием бюджетных ассигнований, утвержденных Федеральным законом «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2012 год и на плановый период 2013 и 2014 годов» на осуществление единовременных компенсационных выплат медицинским работникам, и средства нормированного страхового запаса Фонда;

- расходов бюджета Фонда социального страхования Российской Федерации по оплате родовых сертификатов в сумме 19,03 млрд. рублей.

В соответствии с частью 3 статьи 26 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в составе бюджета Фонда формируется нормированный страховой запас, который предполагается использовать на цели, установленные частью 1 статьи 5 Федерального закона, в том числе на поощрение страховых медицинских организаций и медицинских организаций за достижение наилучших показателей в своей деятельности.



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН

от 3 декабря 2012 года № 217-ФЗ

МОСКВА

О БЮДЖЕТЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА 2013 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2014 И 2015 ГОДОВ

*Принят Государственной Думой 23 ноября 2012 года
Одобен Советом Федерации 28 ноября 2012 года*

Статья 1. Основные характеристики бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов

1. Утвердить основные характеристики бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - Фонд) на 2013 год:

1) прогнозируемый общий объем доходов бюджета Фонда в сумме 1 059 251 460,3 тыс. рублей, в том числе за счет межбюджетных трансфертов, получаемых из федерального бюджета в сумме 50 430 000,0 тыс. рублей;

2) общий объем расходов бюджета Фонда в сумме 1 059 251 460,3 тыс. рублей, в том числе межбюджетные трансферты, передаваемые бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации в сумме 19 030 000,0 тыс. рублей.

2. Утвердить основные характеристики бюджета Фонда на плановый период 2014 и 2015 годов:

1) прогнозируемый общий объем доходов бюджета Фонда на 2014 год в сумме 1 208 782 820,6 тыс. рублей, в том числе за счет межбюджетных трансфертов, получаемых из федерального бюджета в сумме 18 810 000,0 тыс. рублей, и на 2015 год в сумме 1 442 478 381,5 тыс. рублей, в том числе за счет межбюджетных трансфертов, получаемых из федерального бюджета в сумме 1 000 000,0 тыс. рублей;

2) общий объем расходов бюджета Фонда на 2014 год в сумме 1 208 782 820,6 тыс. рублей, в том числе межбюджетные трансферты, передаваемые бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации в сумме 19 030 000,0 тыс. рублей, и на 2015 год в сумме 1 442 478 381,5 тыс. рублей, в том числе межбюджетные трансферты, передаваемые бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации в сумме 19 030 000,0 тыс. рублей.

Статья 2. Главные администраторы доходов бюджета Фонда, главные администраторы источников финансирования дефицита бюджета Фонда, нормативы распределения доходов между бюджетами бюджетной системы Российской Федерации

1. Утвердить перечень главных администраторов доходов бюджета Фонда на 2013 год согласно приложению 1 к настоящему Федеральному закону.

2. Утвердить перечень главных администраторов источников финансирования дефицита бюджета Фонда согласно приложению 2 к настоящему Федеральному закону.

3. Утвердить нормативы распределения доходов между бюджетами бюджетной системы Российской Федерации на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов согласно приложению 3 к настоящему Федеральному закону.

Статья 3. Бюджетные ассигнования бюджета Фонда на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов

Утвердить распределение бюджетных ассигнований бюджета Фонда по разделам и подразделам, целевым статьям и видам расходов классификации расходов бюджетов:

- 1) на 2013 год согласно приложению 4 к настоящему Федеральному закону;
- 2) на плановый период 2014 и 2015 годов согласно приложению 5 к настоящему Федеральному закону.

Статья 4. Межбюджетные трансферты бюджету Фонда и из бюджета Фонда другим бюджетам бюджетной системы Российской Федерации

1. Субвенции, предоставляемые из бюджета Фонда бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования согласно приложению 6 к настоящему Федеральному закону, направляются для финансового обеспечения организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации в 2013 году.

2. Установить, что предоставление субвенций, предусмотренных частью 1 настоящей статьи, бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования осуществляется ежемесячно после перечисления в установленном порядке в бюджет Фонда из бюджета субъекта Российской Федерации суммы ежемесячного страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

3. Установить, что из бюджета Фонда направляются в 2013 году и в плановый период 2014 и 2015 годов в бюджет Фонда социального страхования Российской Федерации межбюджетные трансферты на оплату медицинским организациям государственной и муниципальной систем здравоохранения, медицинским организациям и иным организациям, осуществляющим медицинскую деятельность, участвующим в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, в сумме 3,0 тыс. рублей и медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, в сумме 6,0 тыс. рублей соответственно за каждую женщину, по диспансерному (профилактическому) наблюдению ребенка, поставленного в течение первого года жизни в возрасте до трех месяцев на диспансерный учет, в сумме 1,0 тыс. рублей за первые шесть месяцев и в сумме 1,0 тыс. рублей за вторые шесть месяцев диспансерного (профилактического) наблюдения за каждого ребенка с момента постановки его на диспансерный учет, а также на оплату услуг по изготовлению и доставке в территориальные органы Фонда социального страхования Российской Федерации бланков родовых сертификатов.

4. Установить, что предоставление в 2013 году субсидий на финансовое обеспечение реализации программ и мероприятий по модернизации здравоохранения на цели, установленные пунктами 1 и 2 части 3 статьи 50 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», осуществляется за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных приложением 4 к настоящему Федеральному закону по целевой статье расходов «Реализация программ и мероприятий по модернизации здравоохранения» подраздела «Другие вопросы в области здравоохранения» раздела «Здравоохранение», и остатков средств, образовавшихся по состоянию на 1 января 2013 года в связи с поступлением в бюджет Фонда доходов сверх сумм, установленных статьей 1 Федерального закона от 30 ноября 2011 года N 370-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2012 год и на плановый период 2013 и 2014 годов», в размере до 10 000 000,0 тыс. рублей с внесением соответствующих изменений в бюджетную роспись бюджета Фонда.

Статья 5. Особенности установления отдельных расходных обязательств Фонда в 2013 году

1. Установить, что средства нормированного страхового запаса Фонда в 2013 году в соответствии с решениями Фонда направляются:

- 1) на покрытие временных кассовых разрывов, возникающих в ходе исполнения бюджета Фонда в текущем финансовом году, с последующим восстановлением средств нормированного страхового запаса Фонда;
- 2) на увеличение размера субвенций до размера субвенций, установленного настоящим Федеральным законом на 2013 год, если доходов бюджета Фонда, необходимых для формирования субвенций, недостаточно;
- 3) на увеличение субвенций в случае, если доходы бюджета Фонда обеспечивают формирование субвенций в размере, установленном настоящим Федеральным законом на 2013 год. Распределение средств нормированного страхового запаса Фонда на увеличение субвенций осуществляется Фондом пропорционально распределению субвенций из

бюджета Фонда, направляемых в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации в 2013 году, установленных приложением 6 к настоящему Федеральному закону, и (или) в соответствии с решениями Правительства Российской Федерации;

4) на оплату расходов Фонда по изготовлению и доставке полисов обязательного медицинского страхования единого образца в размере, устанавливаемом Фондом;

5) на предоставление по решению Фонда и в размере, установленном Фондом, в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования межбюджетных трансфертов в целях поощрения страховых медицинских организаций и медицинских организаций, достигших наилучших значений показателей деятельности, установленных территориальными фондами обязательного медицинского страхования;

6) на осуществление единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в соответствии с частью 12.1 статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в случае, если средства, указанные в части 3 статьи 6 настоящего Федерального закона, использованы в полном объеме.

2. Установить, что в соответствии с пунктом 3 статьи 217 Бюджетного кодекса Российской Федерации основанием для внесения в 2013 году изменений в бюджетную роспись бюджета Фонда, связанных с резервированием средств в составе утвержденных бюджетных ассигнований, является распределение средств нормированного страхового запаса Фонда.

3. Установить, что Фонд в 2013 году вправе осуществлять в установленном им порядке в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных приложением 4 к настоящему Федеральному закону по целевой статье расходов «Аппараты органов управления государственных внебюджетных фондов» подраздела «Другие общегосударственные вопросы» раздела «Общегосударственные вопросы» классификации расходов бюджетов, предоставление работникам Фонда единовременной субсидии на приобретение жилого помещения.

Статья 6. Особенности исполнения бюджета Фонда в 2013 году

1. Установить, что в соответствии с пунктом 3 статьи 217 Бюджетного кодекса Российской Федерации не использованные по состоянию на 1 января 2013 года остатки межбюджетных трансфертов, предоставляемые из федерального бюджета бюджету Фонда в форме субсидий на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан, на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, направляются на завершение в первом квартале 2013 года расчетов по указанным мероприятиям. Средства, не использованные на указанные цели, подлежат возврату в федеральный бюджет.

2. Установить, что не использованные по состоянию на 1 января 2013 года остатки средств бюджета Фонда, предусмотренные в 2012 году на оплату медицинским организациям государственной и муниципальной систем здравоохранения, медицинским организациям и иным организациям, осуществляющим медицинскую деятельность, участвующим в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, в период родов и в послеродовой период, по диспансерному (профилактическому) наблюдению ребенка в течение первого года жизни, а также на оплату услуг по изготовлению и доставке в территориальные органы Фонда социального страхования Российской Федерации бланков родовых сертификатов, направляются в 2013 году с внесением соответствующих изменений в бюджетную роспись бюджета Фонда без внесения изменений в настоящий Федеральный закон в бюджет Фонда социального страхования Российской Федерации на завершение расчетов в первом квартале 2013 года по договорам, заключенным в 2012 году. Остатки средств, не использованные в первом квартале 2013 года на указанные цели, направляются на увеличение нормированного страхового запаса Фонда.

3. Остатки средств бюджета Фонда по состоянию на 1 января 2013 года, образовавшиеся в связи с неполным использованием бюджетных ассигнований, утвержденных Федеральным законом от 30 ноября 2011 года N 370-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2012 год и на плановый период 2013 и 2014 годов» на осуществление единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в соответствии с частью 12.1 статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», направляются в 2013 году на те же цели с внесением соответствующих изменений в бюджетную роспись бюджета Фонда на 2013 год и с отражением указанных расходов в отчете об исполнении бюджета Фонда за 2013 год.

4. Установить, что средства в объеме процентного дохода, полученного от размещения временно свободных средств Фонда, в 2013 году подлежат зачислению на счет по учету средств нормированного страхового запаса Фонда.

5. Установить, что в соответствии с пунктом 6 статьи 184.1 Бюджетного кодекса Российской Федерации основанием для увеличения бюджетных ассигнований с внесением соответствующих изменений в бюджетную роспись бюджета

Фонда в 2013 году является использование средств, указанных в части 4 настоящей статьи, на цели, указанные в части 1 статьи 5 настоящего Федерального закона.

6. Остатки средств на счете по учету средств обязательного медицинского страхования, предусмотренных на содержание Фонда, а также на предоставление в 2012 году работникам Фонда единовременной субсидии на приобретение жилого помещения, по состоянию на 1 января 2013 года направляются Фондом в 2013 году на те же цели с внесением соответствующих изменений в бюджетную роспись бюджета Фонда.

7. Остатки средств на счетах нормированного страхового запаса Фонда и по учету средств обязательного медицинского страхования, предусмотренных на переподготовку и повышение квалификации, информатику, международное сотрудничество, информационно-публицистическую деятельность, выполнение научно-исследовательских работ, финансовое обеспечение программ и мероприятий по модернизации здравоохранения, образовавшиеся по состоянию на 1 января 2013 года в связи с поступлением в бюджет Фонда доходов сверх сумм, установленных статьей 1 Федерального закона от 30 ноября 2011 года N 370-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2012 год и на плановый период 2013 и 2014 годов» (за исключением средств, предусмотренных частью 4 статьи 4 настоящего Федерального закона на финансовое обеспечение в 2013 году реализации программ и мероприятий по модернизации здравоохранения), направляются на увеличение нормированного страхового запаса Фонда с внесением соответствующих изменений в бюджетную роспись бюджета Фонда.

8. Установить, что средства, перечисленные в бюджет Фонда из бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования за нарушение условий, установленных при предоставлении межбюджетных трансфертов из бюджета Фонда, источником финансового обеспечения которых являлись бюджетные ассигнования из федерального бюджета, подлежат перечислению в федеральный бюджет.

9. Остатки средств в бюджетах территориальных фондов обязательного медицинского страхования по состоянию на 1 января 2013 года, переданных из бюджета Фонда на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан и на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, направить на завершение в первом квартале 2013 года расчетов по указанным мероприятиям. Средства, не использованные на указанные цели, подлежат возврату в бюджет Фонда для последующего перечисления в федеральный бюджет.

10. Страховые взносы на обязательное медицинское страхование, поступившие в Фонд сверх сумм, установленных статьей 1 настоящего Федерального закона, направляются на увеличение нормированного страхового запаса Фонда с внесением соответствующих изменений в бюджетную роспись бюджета Фонда на 2013 год без внесения изменений в настоящий Федеральный закон.

11. Страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения за расчетные периоды, истекшие до 1 января 2012 года, поступают в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

12. Установить коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг для определения размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в соответствии с Федеральным законом от 30 ноября 2011 года N 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» на 2013 год в размере, равном 1,0. Для Республики Бурятия, Республики Дагестан, Республики Ингушетия, Кабардино-Балкарской Республики, Республики Северная Осетия - Алания, Приморского края, Иркутской области, Курганской области установить указанный коэффициент в размере, равном 0,8792.

Президент Российской Федерации
В. ПУТИН

Москва, Кремль
3 декабря 2012 года
№ 217-ФЗ

Приложение 1
к Федеральному закону
«О бюджете Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
на 2013 год и на плановый период
2014 и 2015 годов»

**ПЕРЕЧЕНЬ ГЛАВНЫХ АДМИНИСТРАТОРОВ ДОХОДОВ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА 2013 ГОД**

Код бюджетной классификации Российской Федерации		Наименование главного администратора доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
151		Федеральная служба финансово-бюджетного надзора
151	1 16 20030 08 0000 140	Денежные взыскания (штрафы) за нарушение законодательства Российской Федерации о государственных внебюджетных фондах и о конкретных видах обязательного социального страхования, бюджетного законодательства (в части бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования)
161		Федеральная антимонопольная служба
161	1 16 33080 08 0000 140	Денежные взыскания (штрафы) за нарушение законодательства Российской Федерации о размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для нужд Федерального фонда обязательного медицинского страхования
182		Федеральная налоговая служба
182	1 05 01012 01 0000 110	Налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)
182	1 05 01022 01 0000 110	Налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы уменьшенные на величину расходов (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)
182	1 05 01030 01 0000 110	Минимальный налог, зачисляемый в бюджеты государственных внебюджетных фондов (уплаченный (взысканный) за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)
182	1 05 02020 02 0000 110	Единый налог на вмененный доход для отдельных видов деятельности (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)
182	1 05 03020 01 0000 110	Единый сельскохозяйственный налог (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)
182	1 09 08040 08 0000 140	Недоимка, пени и штрафы по взносам в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
182	1 09 09030 08 0000 110	Единый социальный налог, зачисляемый в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования
182	1 09 11020 02 0000 110	Налоги, взимаемые в виде стоимости патента в связи с применением упрощенной системы налогообложения (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)
392		Пенсионный фонд Российской Федерации
392	1 02 02101 08 0000 160	Страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Код бюджетной классификации Российской Федерации		Наименование главного администратора доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
392	1 16 20050 01 0000 140	Денежные взыскания (штрафы), налагаемые Пенсионным фондом Российской Федерации и его территориальными органами в соответствии со статьями 48 - 51 Федерального закона «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования»
394		Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
394	1 11 02071 08 0000 120	Доходы от размещения временно свободных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 11 05038 08 0000 120	Доходы от сдачи в аренду имущества, находящегося в оперативном управлении Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 11 09048 08 0000 120	Прочие поступления от использования имущества, находящегося в оперативном управлении Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 13 02068 08 0000 130	Доходы, поступающие в порядке возмещения расходов, понесенных в связи с эксплуатацией федерального имущества, закрепленного на праве оперативного управления за Федеральным фондом обязательного медицинского страхования
394	1 13 02998 08 0000 130	Прочие доходы от компенсации затрат бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 14 02080 08 0000 410	Доходы от реализации имущества, находящегося в оперативном управлении Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в части реализации основных средств по указанному имуществу)
394	1 14 02080 08 0000 440	Доходы от реализации имущества, находящегося в оперативном управлении Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в части реализации материальных запасов по указанному имуществу)
394	1 14 04080 08 0000 420	Доходы от продажи нематериальных активов, находящихся в федеральной собственности, закрепленных за Федеральным фондом обязательного медицинского страхования
394	1 16 21080 08 0000 140	Денежные взыскания (штрафы) и иные суммы, взыскиваемые с лиц, виновных в совершении преступлений, и в возмещение ущерба имуществу, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 16 23080 08 0000 140	Доходы от возмещения ущерба при возникновении страховых случаев, когда выгодоприобретателями выступают получатели средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 16 32000 08 0000 140	Денежные взыскания, налагаемые в возмещение ущерба, причиненного в результате незаконного или нецелевого использования бюджетных средств (в части бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования)
394	1 16 90080 08 0000 140	Прочие поступления от денежных взысканий (штрафов) и иных сумм в возмещение ущерба, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 17 01080 08 0000 180	Невыясненные поступления, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	1 17 06030 08 0000 180	Прочие неналоговые поступления в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

Код бюджетной классификации Российской Федерации		Наименование главного администратора доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
394	2 02 05608 08 0000 151	Средства федерального бюджета, передаваемые бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования на компенсацию выпадающих доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование
394	2 18 06030 08 0000 151	Доходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования от возврата остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет
394	2 19 06013 08 0000 151	Возврат остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
395		Территориальные фонды обязательного медицинского страхования
395	1 02 02102 08 0000 160	Страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Приложение 2
к Федеральному закону
«О бюджете Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
на 2013 год и на плановый период
2014 и 2015 годов»

**ПЕРЕЧЕНЬ
ГЛАВНЫХ АДМИНИСТРАТОРОВ ИСТОЧНИКОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ ДЕФИЦИТА
БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Код главы	Код группы, подгруппы, статьи и вида источников	Наименование
394		Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
394	01 05 02 01 08 0000 510	Увеличение прочих остатков денежных средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	01 05 02 01 08 0000 610	Уменьшение прочих остатков денежных средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
394	01 06 06 01 08 0000 510	Увеличение иных финансовых активов в собственности Федерального фонда обязательного медицинского страхования за счет средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, размещенных в депозиты в валюте Российской Федерации в кредитных организациях
394	01 06 06 01 08 0000 610	Уменьшение иных финансовых активов в собственности Федерального фонда обязательного медицинского страхования за счет средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, размещенных в депозиты в валюте Российской Федерации в кредитных организациях

Приложение 3
к Федеральному закону
«О бюджете Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
на 2013 год и на плановый период
2014 и 2015 годов»

**НОРМАТИВЫ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ДОХОДОВ МЕЖДУ БЮДЖЕТАМИ БЮДЖЕТНОЙ СИСТЕМЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА 2013 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2014 И 2015 ГОДОВ**

(в процентах)

Наименование дохода	Бюджет Федерального фонда обяза- тельного медицинского страхования
В ЧАСТИ ДОХОДОВ ОТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИМУЩЕСТВА, НАХОДЯЩЕГОСЯ В ГОСУДАРСТВЕННОЙ СОБСТВЕННОСТИ	
Доходы от размещения временно свободных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования	100
Доходы от сдачи в аренду имущества, находящегося в оперативном управлении Федерального фонда обязательного медицинского страхования	100
Прочие поступления от использования имущества, находящегося в оперативном управлении Федерального фонда обязательного медицинского страхования	100
В ЧАСТИ ДОХОДОВ ОТ ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ УСЛУГ И КОМПЕНСАЦИИ ЗАТРАТ ГОСУДАРСТВА	
Доходы, поступающие в порядке возмещения расходов, понесенных в связи с эксплуатацией федерального имущества, закрепленного на праве оперативного управления за Федеральным фондом обязательного медицинского страхования	100
Прочие доходы от компенсации затрат бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	100
В ЧАСТИ ДОХОДОВ ОТ ПРОДАЖИ МАТЕРИАЛЬНЫХ И НЕМАТЕРИАЛЬНЫХ АКТИВОВ	
Доходы от реализации имущества, находящегося в оперативном управлении Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в части реализации основных средств по указанному имуществу)	100
Доходы от продажи нематериальных активов, находящихся в федеральной собственности, закрепленных за Федеральным фондом обязательного медицинского страхования	100
Доходы от реализации имущества, находящегося в оперативном управлении Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в части реализации материальных запасов по указанному имуществу)	100
В ЧАСТИ ДОХОДОВ ОТ ШТРАФОВ, САНКЦИЙ, ВОЗМЕЩЕНИЯ УЩЕРБА	
Денежные взыскания (штрафы) и иные суммы, взыскиваемые с лиц, виновных в совершении преступлений, и в возмещение ущерба имуществу, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	100
Денежные взыскания (штрафы) за нарушение законодательства Российской Федерации о государственных внебюджетных фондах и о конкретных видах обязательного социального страхования, бюджетного законодательства (в части бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования)	100
Доходы от возмещения ущерба при возникновении страховых случаев, когда выгодоприобретателями выступают получатели средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	100
Денежные взыскания, налагаемые в возмещение ущерба, причиненного в результате незаконного или нецелевого использования бюджетных средств (в части бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования)	100
Прочие поступления от денежных взысканий (штрафов) и иных сумм в возмещение ущерба, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	100

Наименование дохода	Бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования
В ЧАСТИ ПРОЧИХ НЕНАЛОГОВЫХ ДОХОДОВ	
Невыясненные поступления, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	100
Прочие неналоговые поступления в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	100
В ЧАСТИ ДОХОДОВ БЮДЖЕТОВ БЮДЖЕТНОЙ СИСТЕМЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ ВОЗВРАТА БЮДЖЕТАМИ БЮДЖЕТНОЙ СИСТЕМЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ОРГАНИЗАЦИЯМИ ОСТАТКОВ СУБСИДИЙ, СУБВЕНЦИЙ И ИНЫХ МЕЖБЮДЖЕТНЫХ ТРАНСФЕРТОВ, ИМЕЮЩИХ ЦЕЛЕВОЕ НАЗНАЧЕНИЕ, ПРОШЛЫХ ЛЕТ	
Доходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования от возврата остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет	100
В ЧАСТИ ДОХОДОВ БЮДЖЕТНОЙ СИСТЕМЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ ВОЗВРАТА ОСТАТКОВ СУБСИДИЙ, СУБВЕНЦИЙ И ИНЫХ МЕЖБЮДЖЕТНЫХ ТРАНСФЕРТОВ, ИМЕЮЩИХ ЦЕЛЕВОЕ НАЗНАЧЕНИЕ, ПРОШЛЫХ ЛЕТ	
Возврат остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	100
В ЧАСТИ ПОСТУПЛЕНИЯ ДОХОДОВ ОТ БЕЗВОЗМЕЗДНЫХ ПОСТУПЛЕНИЙ ОТ ДРУГИХ БЮДЖЕТОВ БЮДЖЕТНОЙ СИСТЕМЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	
Средства федерального бюджета, передаваемые бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования на компенсацию выпадающих доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование	100

Приложение 4
к Федеральному закону
«О бюджете Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
на 2013 год и на плановый период
2014 и 2015 годов»

**РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БЮДЖЕТНЫХ АССИГНОВАНИЙ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА 2013 ГОД ПО РАЗДЕЛАМ И ПОДРАЗДЕЛАМ,
ЦЕЛЕВЫМ СТАТЬЯМ И ВИДАМ РАСХОДОВ КЛАССИФИКАЦИИ РАСХОДОВ БЮДЖЕТОВ**

(тыс. рублей)

Наименование	Мин	Рз	ПР	ЦСР	ВР	Сумма
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	394					1 059 251 460,3
Общегосударственные вопросы	394	01	00			713 619,1
Международные отношения и международное сотрудничество	394	01	08			16 743,7
Международное сотрудничество	394	01	08	030 00 00		16 743,7
Обеспечение мероприятий, предусмотренных соглашениями с международными финансовыми организациями	394	01	08	030 03 00		11 400,0
Софинансирование, связанное с реализацией соглашений с международными финансовыми организациями	394	01	08	030 03 02		11 400,0
Иные бюджетные ассигнования	394	01	08	030 03 02	800	11 400,0
Предоставление платежей, взносов, безвозмездных перечислений субъектам международного права	394	01	08	030 03 02	860	11 400,0

Наименование	Мин	Рз	ПР	ЦСР	ВР	Сумма
Платежи в целях обеспечения реализации соглашений с правительствами иностранных государств и международными организациями	394	01	08	030 03 02	863	11 400,0
Международные культурные, научные и информационные связи	394	01	08	030 04 00		1 343,7
Закупка товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	01	08	030 04 00	200	1 343,7
Иные закупки товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	01	08	030 04 00	240	1 343,7
Прочая закупка товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	01	08	030 04 00	244	1 343,7
Выполнение других международных обязательств государства	394	01	08	030 06 00		4 000,0
Иные бюджетные ассигнования	394	01	08	030 06 00	800	4 000,0
Предоставление платежей, взносов, безвозмездных перечислений субъектам международного права	394	01	08	030 06 00	860	4 000,0
Взносы в международные организации	394	01	08	030 06 00	862	4 000,0
Другие общегосударственные вопросы	394	01	13			696 875,4
Руководство и управление в сфере установленных функций	394	01	13	001 00 00		696 875,4
Аппараты органов управления государственных внебюджетных фондов	394	01	13	001 55 00		696 875,4
Расходы на выплаты персоналу в целях обеспечения выполнения функций государственными органами, казенными учреждениями, органами управления государственными внебюджетными фондами	394	01	13	001 55 00	100	202 072,2
Расходы на выплаты персоналу государственных внебюджетных фондов	394	01	13	001 55 00	140	202 072,2
Фонд оплаты труда и страховые взносы	394	01	13	001 55 00	141	191 727,5
Иные выплаты персоналу, за исключением фонда оплаты труда	394	01	13	001 55 00	142	10 344,7
Закупка товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	01	13	001 55 00	200	446 583,2
Иные закупки товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	01	13	001 55 00	240	446 583,2
Научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы	394	01	13	001 55 00	241	15 684,4
Закупка товаров, работ, услуг в сфере информационно-коммуникационных технологий	394	01	13	001 55 00	242	304 603,0
Закупка товаров, работ, услуг в целях капитального ремонта государственного имущества	394	01	13	001 55 00	243	10 000,0
Прочая закупка товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	01	13	001 55 00	244	116 295,8
Социальное обеспечение и иные выплаты населению	394	01	13	001 55 00	300	40 000,0
Социальные выплаты гражданам, кроме публичных нормативных социальных выплат	394	01	13	001 55 00	320	40 000,0
Субсидии гражданам на приобретение жилья	394	01	13	001 55 00	322	40 000,0
Иные бюджетные ассигнования	394	01	13	001 55 00	800	8 220,0
Уплата налогов, сборов и иных платежей	394	01	13	001 55 00	850	8 220,0
Уплата налога на имущество организаций и земельного налога	394	01	13	001 55 00	851	8 000,0
Уплата прочих налогов, сборов и иных платежей	394	01	13	001 55 00	852	220,0
Образование	394	07	00			10 482,5
Профессиональная подготовка, переподготовка и повышение квалификации	394	07	05			10 482,5
Учебные заведения и курсы по переподготовке кадров	394	07	05	429 00 00		10 482,5
Переподготовка и повышение квалификации кадров	394	07	05	429 78 00		10 482,5
Закупка товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	07	05	429 78 00	200	10 482,5
Иные закупки товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	07	05	429 78 00	240	10 482,5
Прочая закупка товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	07	05	429 78 00	244	10 482,5
Здравоохранение	394	09	00			1 058 527 358,7
Другие вопросы в области здравоохранения	394	09	09			1 058 527 358,7
Реализация государственных функций, связанных с общегосударственным управлением	394	09	09	092 00 00		54 084 515,1

Наименование	Мин	Рз	ПР	ЦСР	ВР	Сумма
Нормированный страховой запас Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	09	09	092 09 00		11 428 813,5
Иные бюджетные ассигнования	394	09	09	092 09 00	800	11 428 813,5
Резервные средства	394	09	09	092 09 00	870	11 428 813,5
Реализация программ и мероприятий по модернизации здравоохранения	394	09	09	092 32 00		42 655 701,6
Иные бюджетные ассигнования	394	09	09	092 32 00	800	42 655 701,6
Резервные средства	394	09	09	092 32 00	870	42 655 701,6
Социальная помощь	394	09	09	505 00 00		1 004 442 843,6
Федеральный закон от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»	394	09	09	505 17 00		985 412 843,6
Финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации	394	09	09	505 17 02		985 412 843,6
Межбюджетные трансферты	394	09	09	505 17 02	500	985 412 843,6
Межбюджетные трансферты бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования	394	09	09	505 17 02	580	985 412 843,6
Оплата медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни	394	09	09	505 35 00		19 030 000,0
Межбюджетные трансферты	394	09	09	505 35 00	500	19 030 000,0
Межбюджетные трансферты бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации	394	09	09	505 35 00	550	19 030 000,0

Приложение 5
к Федеральному закону
«О бюджете Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
на 2013 год и на плановый период
2014 и 2015 годов»

**РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БЮДЖЕТНЫХ АССИГНОВАНИЙ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2014 И 2015 ГОДОВ
ПО РАЗДЕЛАМ И ПОДРАЗДЕЛАМ, ЦЕЛЕВЫМ СТАТЬЯМ И ВИДАМ РАСХОДОВ КЛАССИФИКАЦИИ
РАСХОДОВ БЮДЖЕТОВ**

(тыс. рублей)

Наименование	Мин	Рз	ПР	ЦСР	ВР	Сумма	
						2014 год	2015 год
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	394					1 208 782 820,6	1 442 478 381,5
Общегосударственные вопросы	394	01	00			703 806,5	734 824,2
Международные отношения и международное сотрудничество	394	01	08			7 439,8	7 594,6
Международное сотрудничество	394	01	08	030 00 00		7 439,8	7 594,6
Международные культурные, научные и информационные связи	394	01	08	030 04 00		3 439,8	3 594,6
Закупка товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	01	08	030 04 00	200	3 439,8	3 594,6
Иные закупки товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	01	08	030 04 00	240	3 439,8	3 594,6

Наименование	Мин	Рз	ПР	ЦСР	ВР	Сумма	
						2014 год	2015 год
Прочая закупка товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	01	08	030 04 00	244	3 439,8	3 594,6
Выполнение других международных обязательств государства	394	01	08	030 06 00		4 000,0	4 000,0
Иные бюджетные ассигнования	394	01	08	030 06 00	800	4 000,0	4 000,0
Предоставление платежей, взносов, безвозмездных перечислений субъектам международного права	394	01	08	030 06 00	860	4 000,0	4 000,0
Взносы в международные организации	394	01	08	030 06 00	862	4 000,0	4 000,0
Другие общегосударственные вопросы	394	01	13			696 366,7	727 229,6
Руководство и управление в сфере установленных функций	394	01	13	001 00 00		696 366,7	727 229,6
Аппараты органов управления государственных внебюджетных фондов	394	01	13	001 55 00		696 366,7	727 229,6
Расходы на выплаты персоналу в целях обеспечения выполнения функций государственными органами, казенными учреждениями, органами управления государственными внебюджетными фондами	394	01	13	001 55 00	100	210 458,8	210 964,4
Расходы на выплаты персоналу государственных внебюджетных фондов	394	01	13	001 55 00	140	210 458,8	210 964,4
Фонд оплаты труда и страховые взносы	394	01	13	001 55 00	141	199 528,2	199 528,2
Иные выплаты персоналу, за исключением фонда оплаты труда	394	01	13	001 55 00	142	10 930,6	11 436,2
Закупка товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	01	13	001 55 00	200	475 637,9	503 935,2
Иные закупки товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	01	13	001 55 00	240	475 637,9	503 935,2
Научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы	394	01	13	001 55 00	241	16 390,2	17 127,8
Закупка товаров, работ, услуг в сфере информационно-коммуникационных технологий	394	01	13	001 55 00	242	319 646,3	331 787,4
Закупка товаров, работ, услуг в целях капитального ремонта государственного имущества	394	01	13	001 55 00	243	10 000,0	24 635,0
Прочая закупка товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	01	13	001 55 00	244	129 601,4	130 385,0
Иные бюджетные ассигнования	394	01	13	001 55 00	800	10 270,0	12 330,0
Уплата налогов, сборов и иных платежей	394	01	13	001 55 00	850	10 270,0	12 330,0
Уплата налога на имущество организаций и земельного налога	394	01	13	001 55 00	851	10 000,0	12 000,0
Уплата прочих налогов, сборов и иных платежей	394	01	13	001 55 00	852	270,0	330,0
Образование	394	07	00			10 954,2	11 447,1
Профессиональная подготовка, переподготовка и повышение квалификации	394	07	05			10 954,2	11 447,1
Учебные заведения и курсы по переподготовке кадров	394	07	05	429 00 00		10 954,2	11 447,1
Переподготовка и повышение квалификации кадров	394	07	05	429 78 00		10 954,2	11 447,1
Закупка товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	07	05	429 78 00	200	10 954,2	11 447,1
Иные закупки товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	07	05	429 78 00	240	10 954,2	11 447,1
Прочая закупка товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	07	05	429 78 00	244	10 954,2	11 447,1

Наименование	Мин	Рз	ПР	ЦСР	ВР	Сумма	
						2014 год	2015 год
Здравоохранение	394	09	00			1 208 068 059,9	1 441 732 110,2
Другие вопросы в области здравоохранения	394	09	09			1 208 068 059,9	1 441 732 110,2
Реализация государственных функций, связанных с общегосударственным управлением	394	09	09	092 00 00		34 484 096,8	16 260 539,3
Нормированный страховой запас Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	09	09	092 09 00		34 484 096,8	16 260 539,3
Иные бюджетные ассигнования	394	09	09	092 09 00	800	34 484 096,8	16 260 539,3
Резервные средства	394	09	09	092 09 00	870	34 484 096,8	16 260 539,3
Социальная помощь	394	09	09	505 00 00		1 173 583 963,1	1 425 471 570,9
Федеральный закон от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»	394	09	09	505 17 00		1 154 553 963,1	1 406 441 570,9
Финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации	394	09	09	505 17 02		1 154 553 963,1	1 406 441 570,9
Межбюджетные трансферты	394	09	09	505 17 02	500	1 154 553 963,1	1 406 441 570,9
Межбюджетные трансферты бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования	394	09	09	505 17 02	580	1 154 553 963,1	1 406 441 570,9
Оплата медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни	394	09	09	505 35 00		19 030 000,0	19 030 000,0
Межбюджетные трансферты	394	09	09	505 35 00	500	19 030 000,0	19 030 000,0
Межбюджетные трансферты бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации	394	09	09	505 35 00	550	19 030 000,0	19 030 000,0

Приложение 6
к Федеральному закону
«О бюджете Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
на 2013 год и на плановый период
2014 и 2015 годов»

**РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СУБВЕНЦИЙ ИЗ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, НАПРАВЛЯЕМЫХ В БЮДЖЕТЫ
ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ДЛЯ
ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
НА ТЕРРИТОРИЯХ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2013 ГОДУ**

(тыс. рублей)

Наименование субъекта Российской Федерации	Субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Российская Федерация, всего	985 412 843,6
в том числе:	
Республика Адыгея (Адыгея)	2 378 123,1
Республика Алтай	2 153 144,2
Республика Башкортостан	26 009 251,6

Наименование субъекта Российской Федерации	Субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Республика Бурятия	8 510 962,6
Республика Дагестан	15 750 251,6
Республика Ингушетия	2 404 466,2
Кабардино-Балкарская Республика	4 387 644,9
Республика Калмыкия	1 773 218,2
Карачаево-Черкесская Республика	2 390 329,0
Республика Карелия	6 587 639,4
Республика Коми	9 725 364,1
Республика Марий Эл	4 103 617,1
Республика Мордовия	4 839 857,2
Республика Саха (Якутия)	14 750 497,1
Республика Северная Осетия - Алания	4 089 305,2
Республика Татарстан (Татарстан)	21 652 217,8
Республика Тыва	3 504 276,1
Удмуртская Республика	9 956 743,2
Республика Хакасия	4 574 609,0
Чеченская Республика	6 780 493,5
Чувашская Республика - Чувашия	7 463 435,3
Алтайский край	15 902 194,7
Забайкальский край	9 101 394,6
Камчатский край	5 036 958,9
Краснодарский край	29 576 381,1
Красноярский край	26 238 550,7
Пермский край	18 264 551,5
Приморский край	15 389 423,8
Ставропольский край	16 071 624,6
Хабаровский край	13 213 460,7
Амурская область	7 136 731,3
Архангельская область	12 562 042,0
Астраханская область	5 962 199,4
Белгородская область	8 997 925,5
Брянская область	7 295 898,4
Владимирская область	8 021 358,8
Волгоградская область	14 957 866,8
Вологодская область	8 017 983,2
Воронежская область	13 692 637,2
Ивановская область	6 235 322,6
Иркутская область	21 444 301,1
Калининградская область	5 288 545,7
Калужская область	5 805 561,0
Кемеровская область	18 615 799,7
Кировская область	8 784 693,5
Костромская область	3 956 795,8
Курганская область	5 892 500,3
Курская область	6 752 343,9

Наименование субъекта Российской Федерации	Субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Ленинградская область	7 909 461,6
Липецкая область	6 935 295,6
Магаданская область	2 688 041,3
Московская область	48 356 556,2
Мурманская область	9 144 451,9
Нижегородская область	19 257 205,9
Новгородская область	3 681 378,8
Новосибирская область	17 948 622,4
Омская область	12 800 962,5
Оренбургская область	13 212 305,0
Орловская область	4 868 618,9
Пензенская область	7 927 535,8
Псковская область	3 968 764,0
Ростовская область	23 620 535,3
Рязанская область	6 838 147,7
Самарская область	19 096 217,8
Саратовская область	15 081 654,0
Сахалинская область	6 690 288,7
Свердловская область	29 529 338,5
Смоленская область	5 618 746,7
Тамбовская область	6 012 294,7
Тверская область	7 747 445,2
Томская область	9 012 767,1
Тульская область	8 736 919,0
Тюменская область	10 600 301,7
Ульяновская область	7 449 268,4
Челябинская область	22 439 934,6
Ярославская область	7 731 043,9
город Москва	96 393 915,9
город Санкт-Петербург	34 774 604,5
Еврейская автономная область	1 478 865,9
Ненецкий автономный округ	597 855,9
Ханты-Мансийский автономный округ - Югра	17 179 121,2
Чукотский автономный округ	972 989,3
Ямало-Ненецкий автономный округ	6 778 779,8
город Байконур	332 114,7

О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

О.В. Царёва

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования



О.В. Царёва

Резюме

Федеральным законом от 01.12.2012 № 213-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон) устанавливается порядок изъятия полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, переданных для осуществления органам государственной власти субъекта Российской Федерации, в случае неисполнения ими указанных полномочий. Отдельные положения Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» приведены в соответствие с Федеральным законом «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации». Предусмотрена возможность для застрахованных лиц обращения с заявлением на выдачу универсальной единой карты, в состав которой включается полис ОМС. Продолжится

предоставление единовременных компенсационных выплат в размере 1 млн. рублей медицинским работникам, переехавшим на работу в сельские населенные пункты. В 2013 году будут реализовываться региональные программы модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в части укрепления материально-технической базы учреждений здравоохранения и внедрения современных информационных систем в здравоохранение.

Ключевые слова: полномочия Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, участники тарифного соглашения, пункты приема заявлений на выдачу универсальной электронной карты, единовременные компенсационные выплаты, программы модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Abstract

Amendments to the Federal Law «On obligatory medical insurance in the Russian Federation»

O.V. Tsaryova

The Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance

The procedure of withdrawal of powers of the Russian Federation in the field of obligatory medical insurance, which were transferred for an implementation to the government bodies of the subject of the Russian Federation, in case of non-fulfillment of their specified powers shall be established by the Federal Law of 01.12.2012 No.213-FZ "On amendments to the Federal Law «On obligatory medical insurance in the Russian Federation» (hereinafter Federal Law). Certain provisions of the Federal Law «On obligatory medical insurance in the Russian Federation» are made in compliance with the Federal Law «On health protection of citizens in the Russian Federation». There is stipulated a possibility for insured persons to apply to the issuance of the universal single card, which includes the OMI police. The provision of lump-

sum integrated compensation payments in the amount of 1 million rubles will be continued for medical employees, who moved to work in rural settlements. In 2013 regional modernization programs of health care for the subjects of the Russian Federation will be realized in the part of strengthening the material-technical base of health care institutions and the introduction of up-to-date information systems in public health care.

Key words: Powers of the Russian Federation in the field of obligatory medical insurance, participants of the tariff agreement, posts for reception of application for the issuance of universal electronic cards, lump-sum integrated payments, modernization programs of health care for the subjects of the Russian Federation.

Федеральным законом от 1 декабря 2012 года № 213-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон) устанавливается порядок изъятия полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, переданных для осуществления органам государственной власти субъекта Российской Федерации, в случае неисполнения ими указанных полномочий, что соответствует требованиям статьи 263 Федерального закона от 6 октября 1999 г. № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации», устанавливающим, что федеральные законы, предусматривающие передачу отдельных полномочий Российской Федерации по предметам совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации органам государственной власти субъектов Российской Федерации, должны содержать положения, определяющие порядок изъятия соответствующих полномочий у органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

Отдельные положения Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» приведены в соответствие с Федеральным законом «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» в части правовых основ обязательного медицинского страхования, определения понятия экспертизы, а также уточнен круг участников тарифного соглашения в составе: орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации, территориальный фонд обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации, медицинские профессиональные некоммерческие организации и профессиональные союзы медицинских работников или их объединения (ассоциации).

В целях реализации положений Федерального закона «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг» Федеральным законом предусмотрена возможность для застрахованных лиц выбора или замены страховой медицинской организации путем обращения с заявлением о выборе (замене) непосредственно в выбранную страховую медицинскую организацию или в иные организации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования. Такими иными организациями могут являться пункты приема заявлений на выдачу универсальной электронной карты, в состав

которой включается полис обязательного медицинского страхования.

В связи с переходным периодом по уплате страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения Федеральным законом уточнен порядок финансового обеспечения скорой медицинской помощи и расходов на содержание медицинских организаций на указанный период за счет межбюджетных трансфертов, предоставляемых из бюджетов субъектов Российской Федерации в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

В 2013 году продолжится предоставление единовременных компенсационных выплат в размере 1 млн. рублей медицинским работникам, переехавшим на работу в сельские населенные пункты, кроме того, Федеральным законом условия предоставления таких выплат распространены также на медицинских работников, переехавших на работу в рабочие поселки.

В соответствии с Федеральным законом в 2013 году будут реализовываться региональные программы модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в части укрепления материально-технической базы учреждений здравоохранения и внедрения современных информационных систем в здравоохранение. На финансовое обеспечение указанных программ будут направлены средства бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в объеме, установленном Федеральным законом «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» в объеме 50 млрд. рублей.

В целях дальнейшего совершенствования оказания медицинской помощи населению Федеральным законом от 11 февраля 2013 года № 5-ФЗ «О внесении изменений в статью 50 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» установлена возможность направлять в 2013 году предусмотренные в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования средства на укрепление материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, в том числе на их строительство, реконструкцию и (или) их этапы.

Федеральный закон «О внесении изменений в статью 50 федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» вступает в силу со дня его официального опубликования.

Для корреспонденции:

Царёва Ольга Владимировна – начальник управления модернизации системы ОМС ФОМС

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
Адрес: 127994, г. Москва, ул. Новослободская, д. 37
Телефон: (499) 973-49-18 доб.1101. E-mail: otsareva@ffoms.ru

Olga V. Tsaryova – Head of the Department for Modernization of the OMI system of the FOMI

The Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance
Address: 137, Ul. Novoslobodskaya, 127994, Moscow
Телефон: (499) 973-49-18 add. 1101. E-mail: otsareva@ffoms.ru



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН
от 1 декабря 2012 года № 213-ФЗ
МОСКВА
О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ
В ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН «ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ
СТРАХОВАНИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

*Принят Государственной Думой 16 ноября 2012 года
Одобен Советом Федерации 21 ноября 2012 года*

Статья 1

Внести в Федеральный закон от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2011, N 49, ст. 7047; 2012, N 31, ст. 4322) следующие изменения:

- 1) в части 1 статьи 2 слова «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» заменить словами «Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- 2) в пункте 8 части 1 статьи 7 слова «Правительством Российской Федерации» заменить словами «статьей 7.1 настоящего Федерального закона»;
- 3) дополнить статьей 7.1 следующего содержания:

«Статья 7.1. Порядок изъятия полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, переданных для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации

1. Полномочия Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, переданные для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с частью 1 статьи 6 настоящего Федерального закона, могут быть изъяты Правительством Российской Федерации в случае их неисполнения органами государственной власти субъектов Российской Федерации, выявленного уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и (или) Федеральным фондом при осуществлении ими контроля и надзора за осуществлением переданных полномочий.

2. Уполномоченный федеральный орган исполнительной власти в течение 20 рабочих дней со дня выявления указанных в части 1 настоящей статьи нарушений или получения от Федерального фонда информации о выявленных им таких нарушениях направляет высшему должностному лицу субъекта Российской Федерации (руководителю высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации) предписание, содержащее описа-

ние выявленных нарушений, срок для их устранения и срок для уведомления уполномоченного федерального органа исполнительной власти и Федерального фонда о принятом по предписанию решении.

3. Высшее должностное лицо субъекта Российской Федерации (руководитель высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации) в указанный в предписании срок уведомляет уполномоченный федеральный орган исполнительной власти и Федеральный фонд о принятом по предписанию решении, в том числе о мерах по устранению выявленных нарушений в установленный в предписании срок.

4. В случае неисполнения или исполнения не в полном объеме предписания уполномоченный федеральный орган исполнительной власти в течение 20 рабочих дней со дня окончания указанного в предписании срока для устранения выявленных нарушений направляет повторное предписание высшему должностному лицу субъекта Российской Федерации (руководителю высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации), а также предложение об отстранении от должности соответствующих должностных лиц органов государственной власти субъекта Российской Федерации и (или) территориального фонда. Высшее должностное лицо субъекта Российской Федерации (руководитель высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации) в указанный в повторном предписании срок уведомляет уполномоченный федеральный орган исполнительной власти и Федеральный фонд о принятом решении, в том числе о мерах по устранению выявленных нарушений в установленный срок и о результате рассмотрения предложения уполномоченного федерального органа исполнительной власти об отстранении от должности соответствующих должностных лиц органов государственной власти субъекта Российской Федерации и (или) территориального фонда.

5. В случае неисполнения или исполнения не в полном объеме повторного предписания уполномоченный федеральный орган исполнительной власти в течение 20 рабочих дней со дня окончания указанного в повторном предписании срока вносит в Правительство Российской Федерации предложение об изъятии у органов государственной власти субъекта Российской Федерации переданных полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования.

6. Полномочия Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, установленные пунктом 1 части 1 статьи 6 настоящего Федерального закона, изъятые у органов государственной власти субъектов Российской Федерации, осуществляются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, а полномочия, установленные пунктами 2 - 9 части 1 статьи 6 настоящего Федерального закона, изъятые у органов государственной власти субъектов Российской Федерации, осуществляются Федеральным фондом и (или) территориальным фондом в соответствии с решением Федерального фонда.

7. Со дня вступления в силу решения Правительства Российской Федерации об изъятии соответствующих полномочий у органов государственной власти субъектов Российской Федерации субвенции из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов не предоставляются, а предоставленные и не использованные до дня вступления в силу указанного решения субвенции подлежат возврату в бюджет Федерального фонда.»

4) часть 4 статьи 15 дополнить предложением следующего содержания: «Медицинская организация, включенная в реестр медицинских организаций, направившая в территориальный фонд уведомление об исключении из реестра медицинских организаций до заключения договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, исключается территориальным фондом из реестра медицинских организаций на следующий рабочий день после дня получения территориальным фондом указанного уведомления.»;

5) в статье 16:

а) пункт 3 части 2 после слова «отчества,» дополнить словами «данных документа, удостоверяющего личность,»;

б) в части 4 слово «обращения» заменить словами «подачи заявления»;

в) в части 5 первое предложение изложить в следующей редакции: «Для выбора или замены страховой медицинской организации застрахованное лицо лично или через своего представителя обращается с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации непосредственно в выбранную им страховую медицинскую организацию или иные организации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования.», во втором предложении слова «страховой медицинской организацией» исключить;

г) в части 6 первое предложение после слов «полисов обязательного медицинского страхования,» дополнить словами «а также не осуществивших замену страховой медицинской организации в случае прекращения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии страховой медицинской организации,», второе предложение после слов «не обратившихся в страховую медицинскую организацию,» дополнить словами «а также не осуществивших замену страховой медицинской организации в случае прекращения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии страховой медицинской организации,»;

б) пункт 7 части 2 статьи 20 после слов «видах оказываемой медицинской помощи,» дополнить словами «а также»,

дополнить словами «, перечень которых устанавливается в территориальной программе обязательного медицинского страхования»;

7) в частях 6 и 11 статьи 24 слова «25-го числа» заменить словами «20-го числа»;

8) в части 3 статьи 27 слова «25-го числа» заменить словами «20-го числа»;

9) часть 2 статьи 30 изложить в следующей редакции:

«2. Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются тарифным соглашением между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными в состав комиссии, создаваемой в субъекте Российской Федерации в соответствии с частью 9 статьи 36 настоящего Федерального закона.»;

10) часть 3 статьи 32 после слов «страховым медицинским организациям» дополнить словами «и (или) другим территориальным фондам»;

11) в части 8 статьи 33:

а) дополнить пунктом 2.1 следующего содержания:

«2.1) осуществляет выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования»;

б) в пункте 17 слово «осуществляет» заменить словами «вправе организовывать», слово «кадров» исключить, слова «для Федерального фонда и территориальных фондов» заменить словами «работников Федерального фонда и участников обязательного медицинского страхования»;

в) пункт 18 дополнить словами «, в том числе в целях реализации установленных настоящей частью полномочий»;

г) дополнить пунктом 19 следующего содержания:

«19) принимает решение об образовании совещательных, координационных органов Федерального фонда, утверждает их состав и порядок деятельности.»;

12) в части 7 статьи 34:

а) в пункте 15 слова «на территории» заменить словами «по территориальной программе обязательного медицинского страхования»;

б) пункт 18 изложить в следующей редакции:

«18) организует подготовку, переподготовку и повышение квалификации кадров для осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.»;

13) в статье 36:

а) часть 9 после слов «медицинских организаций, представители» дополнить словами «медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) и», после слов «профессиональных союзов» дополнить словами «медицинских работников»;

б) часть 10 после слов «между страховыми медицинскими организациями и» дополнить словом «между»;

14) в статье 40:

а) часть 6 изложить в следующей редакции:

«6. Экспертиза качества медицинской помощи - выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.»;

б) часть 10 дополнить словами «, в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования»;

15) часть 2 статьи 44 дополнить пунктом 15 следующего содержания:

«15) сведения о медицинской организации, выбранной застрахованным лицом в соответствии с законодательством Российской Федерации для получения первичной медико-санитарной помощи.»;

16) в статье 46:

а) в части 1 слова «, в страховую медицинскую организацию или при ее отсутствии в территориальный фонд» исключить;

б) в части 2 слово «получения» заменить словом «подачи», слова «страховая медицинская организация или при ее отсутствии территориальный фонд выдает» исключить, после слов «или его представителю» дополнить словом «выдается»;

17) в части 4 статьи 48 в первом предложении слова «на бумажных и (или) электронных носителях» заменить словами «в электронном виде», второе предложение исключить;

18) в статье 50:

а) часть 1 дополнить предложением следующего содержания: «В 2013 году осуществляется реализация программ и мероприятий по модернизации здравоохранения в целях, установленных пунктами 1 и 2 части 3 настоящей статьи.»;

б) часть 2 после слов «здравоохранения субъектов Российской Федерации» дополнить словами «в 2011 и 2012 годах», дополнить предложениями следующего содержания: «Финансовое обеспечение программ и мероприятий по модернизации здравоохранения в целях, установленных пунктами 1 и 2 части 3 настоящей статьи, в 2013 году осуществляется за счет средств бюджета Федерального фонда, предусмотренных федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период, и средств бюджетов субъектов Российской Федерации. Финансовое обеспечение указанных в настоящей части программ может осуществляться за счет средств местных бюджетов.»;

в) часть 10 дополнить словами «с внесением соответствующих изменений в программы и в предусмотренные частью 7 настоящей статьи соглашения»;

г) дополнить частью 10.1 следующего содержания:

«10.1. Не использованные в 2012 году остатки средств, предоставленных страховым медицинским организациям из бюджета территориального фонда в соответствии с частью 6 настоящей статьи, подлежат перечислению страховыми медицинскими организациями в бюджет территориального фонда до 1 января 2013 года. Полученные в соответствии с настоящей частью средства после завершения расчетов за оказанную в 2012 году застрахованным лицам медицинскую помощь подлежат перечислению территориальным фондом в бюджет Федерального фонда до 1 марта 2013 года.»;

19) в статье 51:

а) в части 2 слова «до введения на территориях субъектов Российской Федерации универсальных электронных карт» исключить, после слов «изготовление полисов обязательного медицинского страхования» дополнить словами «для застрахованных лиц, не получающих универсальной электронной карты.»;

б) часть 5 изложить в следующей редакции:

«5. В 2013 - 2014 годах за счет межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджетов субъектов Российской Федерации в бюджеты территориальных фондов, осуществляется финансовое обеспечение:

1) скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) в объеме не менее фактических расходов консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации на указанные цели в предыдущем году;

2) расходов, включаемых в структуру тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с частью 7 статьи 35 настоящего Федерального закона с 2013 года, в объеме разницы между размером указанных расходов и приростом объема страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения по сравнению с 2012 годом.»;

в) в части 7:

пункт 2 дополнить словами «, если иное не установлено федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период»;

в пункте 4 слова «и расходов на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи» исключить;

г) часть 12.1 дополнить предложениями следующего содержания: «В 2013 году осуществляются единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2013 году после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок или переехавшим на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок из другого населенного пункта и заключившим с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации договор, в размере одного миллиона рублей на одного указанного медицинского работника. Финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в 2013 году осуществляется в равных долях за счет иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых бюджету территориального фонда из бюджета Федерального фонда в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период, и средств бюджетов субъектов Российской Федерации.»;

Подпункт «д» пункта 19 данной статьи вступает в силу с 1 января 2013 года (часть 2 статьи 2 данного документа).

д) пункт 1 части 12.2 после слов «в сельском населенном пункте» дополнить словами «либо рабочем поселке», после слов «в сельский населенный пункт» дополнить словами «либо рабочий поселок»;

е) часть 12.4 после слов «в соответствии с заявками» дополнить словами «уполномоченных органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и».

Статья 2

1. Настоящий Федеральный закон вступает в силу со дня его официального опубликования, за исключением подпункта «д» пункта 19 статьи 1 настоящего Федерального закона.
2. Подпункт «д» пункта 19 статьи 1 настоящего Федерального закона вступает в силу с 1 января 2013 года.
3. Положения части 2 статьи 50 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в редакции настоящего Федерального закона) распространяются на правоотношения, возникшие с 1 января 2011 года.

Президент Российской Федерации
В. ПУТИН

Москва, Кремль
1 декабря 2012 года
№ 213-ФЗ



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН
от 11 февраля 2013 года № 5-ФЗ
МОСКВА

**О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ
В СТАТЬЮ 50 ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА «ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ
МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

*Принят Государственной Думой 25 января 2013 года
Одобен Советом Федерации 6 февраля 2013 года*

Статья 1

Внести в пункт 1 части 3 статьи 50 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2011, N 49, ст. 7047; 2012, N 49, ст. 6758) следующие изменения:

- 1) после слов «в том числе» дополнить словами «строительство, реконструкция объектов капитального строительства и (или) их этапы,»;
- 2) слова «текущий и» исключить.

Статья 2

1. Настоящий Федеральный закон вступает в силу со дня его официального опубликования.
2. Действие положений пункта 1 части 3 статьи 50 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в редакции настоящего Федерального закона) распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2013 года.

Президент Российской Федерации
В. ПУТИН

Москва, Кремль
11 февраля 2013 года
№ 5-ФЗ

УДК 614.2

Качество оказываемой населению медицинской помощи ежегодно улучшается

Д.Ш. Абдулазизов

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования
Чеченской Республики



Д.Ш. Абдулазизов

Резюме

Вопросам повышения качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой населению Чеченской Республики, уделяется большое внимание со стороны руководства региона. Медицинские учреждения оснащаются дорогостоящим оборудованием, решаются вопросы кадрового обеспечения. С 2013 года в условиях перехода на одноканальное финансирование, финансирование за счет средств ОМС для учреждений здравоохранения региона составит около 80%.

Особое внимание уделяется качеству предоставляемых медицинских услуг, соблюдению правил деонтологии, необходимости уважительного и бережного отношения к больным и их родственникам.

Ключевые слова: качество и доступность медицинской помощи, одноканальное финансирование, региональная программа модернизации здравоохранения республики, диспансеризация населения, деонтология.

Abstract

Quality of medical care provided to the population is annually improved

D.S. Abdulazizov

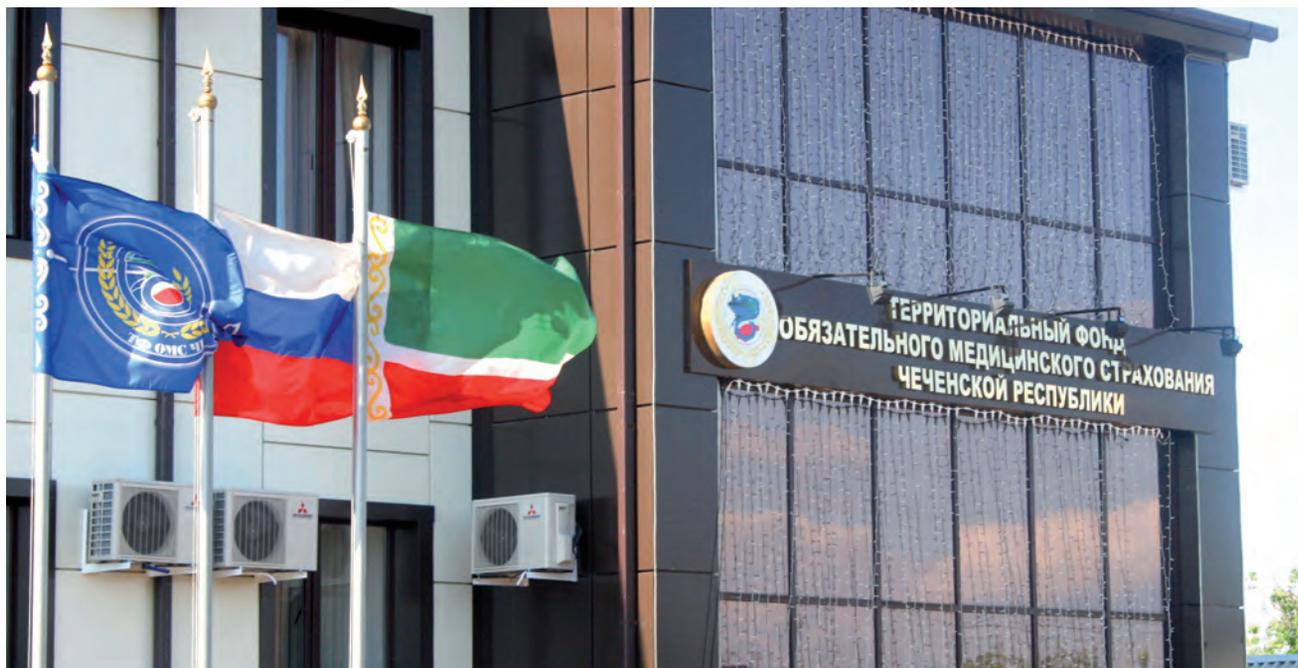
The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Chechen Republic

The administration of the Region pays great attention to issues of quality improvement and availability of medical care, provided to the population of the Chechen Republic. Health care institutions are equipping with expensive devices, issues of staffing are solving. Since 2013 the financing at the expense of OMI funds for health care institutions of the region in conditions of transition to a single-channel financing will make about 80%.

necessity of a respectful and careful attitude to patients and their relatives.

Key words: quality and availability of medical care, single-channel financing, regional program of modernization of republic health care, prophylactic medical examination of population, deontology.

A special attention is devoted to the quality of provided medical services, the observance of deontology rules, the ne-



Во все времена приоритетными направлениями в деятельности ТФОМС Чеченской Республики были такие задачи как обеспечение предусмотренных законодательством Российской Федерации прав граждан на доступную и качественную медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования, обеспечение гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ ОМС.

Вопросам повышения качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой населению Чеченской Республики, уделяется большое внимание со стороны руководства региона. В сфере здравоохранения республики проводится огромная работа. Медицинские учреждения оснащаются дорогостоящим оборудованием, решаются вопросы кадрового обеспечения. За прошедшее время, особенно в последние два года, система здравоохранения республики претерпела значительные позитивные изменения. Большую роль в этом сыграло принятие в 2011 году Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в РФ». Это стало началом поэтапных изменений в системе финансирования учреждений здравоохранения. Уже к 2013 году в республике намечено выполнение перехода на одноканальное финансирование, в котором финансирование за счет средств ОМС для учреждений здравоохранения региона составит около 80%.

Хотелось бы отметить и то, что у бюджета Фонда ОМС республики в 2012 году были свои особенности. К примеру, бюджет был принят не на один год, как в предыдущее время, а на три года, т.е. на плановый период 2013 и 2014 годов. Следующая особенность в том, что поступления финансовых средств в доходы бюджета Фонда в основном составляют поступления из Федерального фонда. Если до 2012 года поступления по страховым взносам работающих и не работающих граждан поступали в ТФОМС Чеченской Республики, то с 2012 года эти отчисления направляются и аккумулируются в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования, откуда, как субвенция, поступают в доходы ТФОМС Чеченской Республики. Так же из аккумулируемых средств финансируется региональная программа модернизации здравоохранения республики. Особенное внимание при финансировании лечебных учреждений нами уделяется статье заработная плата, с целью обеспечения оплаты труда медицинских работников своевременно и в полном объеме.

Немаловажной задачей, которая стояла перед нами в 2012 году, была диспансеризация населения, вернее поддержание темпов ее проведения как в предыдущие годы. Тем более что, на наш взгляд, диспансеризация, как основное направление в профилактическом здравоохранении, полностью себя оправдала. За годы проведения диспансеризации в медицинских организациях выявлено определенное количество лиц с теми или иными заболеваниями, многие взяты на «Диспансерный учет».

Так, если за первое полугодие 2011 года прошли диспансеризацию 24,5% работающих граждан, под-



Республиканская детская клиническая больница, г. Грозный

лежащих диспансеризации в 2011 году, то за аналогичный период 2012 года эта цифра составляет 46,2%. Процент выявления заболеваний тоже увеличился, что говорит об улучшении качества проведения диспансеризации. Из 100% обследованных – 58% здоровых, 18% с риском развития заболеваний, 17% нуждаются в лечении в амбулаторно-поликлинических условиях, 7% - нуждаются в лечении в стационарных условиях. Структура выявленных заболеваний такова: на 1-м месте – болезни глаза и его придаточного органа, на 2-м - болезни системы кровообращения, на 3-м - болезни костно-мышечной системы.

Хочется отметить, что социально-значимые болезни, как сахарный диабет и онко-заболевания, выявлены в этом году на более ранних стадиях. Что касается диспансеризации детей, то она проходит согласно плана-графика, объем обследования тот же, что и в 2011 году. Намечены положительные тенденции в оздоровлении детей, у которых были выявлены заболевания.

Огромную роль в этом году мы уделили таким вопросам, как качество оказываемой медицинской помощи населению, жалобам, защите прав застрахованных лиц, а также вопросу о необоснованном взимании с пациентов денежных средств за медицинские услуги.

В этой связи хочу сказать, что качество оказываемой нашему населению медицинской помощи от года

к году становится лучше. Это связано не только со строительством новых зданий больниц и капитальным ремонтом лечебных учреждений, но и с улучшением материально-технической базы, в том числе и с оснащением новым оборудованием, с повышением квалификации врачебного и среднего медицинского персонала. Глава Чеченской Республики Рамзан Ахматович Кадыров считает одним из приоритетов развитие системы здравоохранения региона. Особое внимание уделяется качеству предоставляемых медицинских услуг, соблюдению правил деонтологии, необходимости уважительного и бережного отношения к больным и их родственникам.

Что касается жалоб, чаще во время опроса пациентов наши сотрудники слышат слова благодарности врачам и медсестрам, но были и случаи жалоб. По каждой жалобе была проведена работа, каждому пациенту дан исчерпывающий ответ о принятых мерах по поводу его обращения, в некоторых случаях организован возврат денежных средств, незаконно полученных от пациентов.

За первое полугодие 2012 года сотрудниками ТФОМС Чеченской Республики и страховой медицинской организации «МАКС-М» рассмотрено 63 723 обращения, из них 150 жалоб. Как видно, значительно чаще граждане обращаются в Фонд ОМС и в страховую компанию



Республиканская клиническая больница, г. Грозный

за разъяснением каких-либо вопросов, консультациями или заявлениями о выдаче полиса, выборе медицинской организации, выборе врача, выборе СМО, а также за информацией о программе обязательного медицинского страхования. Для удобства граждан, вся эта информация размещена на официальном сайте ведомства. Более того, в 2012 году для совершенствования

системы защиты прав и законных интересов застрахованных лиц мы открыли бесплатный многоканальный телефон (8 – 800 – 555 – 94 - 49) «горячей линии», по которому любой желающий может позвонить и обратиться к специалистам Фонда с беспокоящими их вопросами.

Для корреспонденции:

Абдулазизов Денилбек Шерваниевич – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чеченской Республики

Адрес: 364000, г. Грозный, ул. Ипподромная, 5.

Телефон (8712) 29-42-52, E-mail: tfoms.chr@mail.ru

Denilbek S. Abdulazizov – Director of the Territorial Obligatory Medical Insurance Foundation of the Chechen Republic.

Address: the Territorial Obligatory Medical Insurance Foundation of the Chechen Republic,

5 Ul. Ippodromnaya, Grozny city, 364000, Russia

Tel.: (8712) 29-42-52, E-mail: tfoms.chr@mail.ru

УДК 614.2

Вопросы ответственности медицинских работников в системе обязательного медицинского страхования

А.Н. Гуров, С.М. Смбатян

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»



А.Н. Гуров



С.М. Смбатян

Резюме

Ответственность медицинских работников при осуществлении ими профессиональной деятельности является одним из самых актуальных вопросов. В статье рассматриваются правовые вопросы взаимоотношений медицинских работников и пациентов. Определены профессиональные права, обязанности и ответственность медицинских работников при оказании медицинской помощи. Отмечено, что усиление ответственности медицинских работников и уве-

личение количества удовлетворенных судебных исков пациентов и их родственников требуют безотлагательной разработки законодательных и нормативных документов, регулирующих вопросы защиты прав медицинских работников.

Ключевые слова: медицинский работник, медицинская деятельность, права медицинских работников, обязанности медицинских работников.

Abstract

Matters of responsibility of medical staff in the system of obligatory medical insurance

A.N. Gurov, S.M. Smbatyan

The M.F. Vladimirsky MRRCI State Institution

Responsibility of medical staff in the implementation of their professional activity is one of the most topical matters. There are considered in the article legal issues of relations between medical professionals and patients. There are determined professional rights, duties and responsibility of medical staff in the health care. It is noted that an enhancement of medical staff responsibility and an increase in quantity of

satisfied court cases of patients and their relatives require an urgent development of legislative and normative documents, regulating the issues of protection of the rights of medical staff.

Key words: medical professional, medical activity, rights of medical staff, duties and responsibility of medical staff.

Современные тенденции развития здравоохранения представляют новые требования к медицинским работникам, участвующих в системе обязательного медицинского страхования (ОМС), дифференцируют новые правовые, экономические, организационные и клинические аспекты их деятельности.

Правовые основы медицинских организаций, работающих в системе ОМС, регулируются соответствующими нормативно-правовыми документами. Отношения, возникающие между субъектами и участниками ОМС, регулируются административным, уголовным, трудовым и другими кодексами РФ.

В настоящее время много внимания уделяется правам пациента и значительно меньше – правам врача.

Вместе с тем, для обеспечения надлежащего уровня согласованности всех участников и субъектов системы ОМС необходимо обеспечение целостности взаимоотношений пациентов и врачей. Такое положение является закономерным, поскольку важнейшим элементом современной политики здравоохранения является формирование у населения потребности каждого человека быть здоровым, ответственным за состояние своего здоровья и здоровья своих детей, вести здоровый образ жизни. Особенность законодательства РФ, касающегося взаимоотношений врача и пациента, заключается в том, что для пациента установлены определенные права, а для врачей, в основном, – запреты. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи закреплен Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (статья 4, пункт 2). Этот приоритет реализуется путем соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения со стороны медицинских работников и иных работников медицинской организации; оказания медицинской помощи пациенту с учетом его физического состояния и с соблюдением по возможности культурных и религиозных традиций пациента; обеспечения ухода при оказании медицинской помощи; организации оказания медицинской помощи пациенту с учетом рационального использования его времени; установления требований к проектированию и размещению медицинских организаций с учетом соблюдения санитарно-гигиенических норм, а также обеспечения комфортных условий пребывания пациентов в медицинских организациях; создания условий, обеспечивающих возможность посещения пациента и пребывания родственников с ним в медицинской организации с учетом состояния пациента, соблюдения противоэпидемического режима и интересов иных лиц, работающих и (или) находящихся в медицинской организации [1].

Можно выделить общие и специальные права врача в профессиональной деятельности. Общие права устанавливаются в соответствии с Конституцией РФ, Трудовым кодексом РФ и соответствующими федеральными законами. Специальные права врача определяются в

рамках отдельных законов, регулирующих ту или иную деятельность, и возникающие отношения в специальной медицинской деятельности (психиатрия, ВИЧ инфекция – СПИД, туберкулез, донорство органов и тканей человека и их трансплантация и др.) [2].

Особая форма отношений возникает в системе ОМС в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в РФ» от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ. Анализ правоотношений между медицинскими организациями и пациентами в системе ОМС показывает, что при наступлении страхового случая застрахованному гражданину предоставляется страховое обеспечение, т.е. необходимая медицинская помощь медицинскими организациями в рамках Программы ОМС, и медицинская организация получает средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров. При этом пациент имеет право на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации согласно подпункту 5 пункта 1 статьи 16 ФЗ № 326, а также на возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного застрахованному в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и предоставления медицинской помощи (подпункт 8, пункта 1, статьи 16) [3].

В связи с этим, очень важно определить права и обязанности врача как полноправного участника процесса оказания медицинской помощи. В Законе об основах охраны здоровья граждан термин «медицинская помощь» определен как комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг, термин «медицинская услуга» - как медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение, а термин «медицинское вмешательство» – как выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности [1].

Помимо этого, одной из главных задач законодательства по охране здоровья граждан является определение профессиональных прав, обязанностей и ответственности медицинских работников.

Во главе 9 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» определены права и обязанности медицинских и фармацевтических работников, ограничения, налагаемые на них при осуществлении профессиональной деятельности, а также права и обязанности медицинских организаций как юридических лиц независимо от организационно-правовой формы, осуществляющих



ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского». Отделение терапии

в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством РФ.

В статье 69 «Право на осуществление медицинской деятельности и фармацевтической деятельности» определен порядок деятельности работника, получении специальности, повышении квалификации, профессиональной переподготовки и прохождения аккредитации, а также ответственность за незаконную медицинскую деятельность.

В статье 70 «Лечащий врач» определен порядок назначения замены лечащего врача, организации его деятельности. В Законе термин «лечащий врач» определен как врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения.

В статье 71 «Клятва врача» изложено содержание клятвы врача, завершившего освоение образовательной программы высшего медицинского образования. Клятва дается в торжественной обстановке при получении документа о высшем профессиональном образовании. Определено, что клятва врача скорее говорит об ответственности, нежели о правах врача.

В статье 72 определены права медицинских и фармацевтических работников на:

- 1) обеспечение условий их деятельности для выполнения профессиональных обязанностей,
- 2) совершенствование профессиональных знаний,
- 3) прохождение аттестации для получения квалификационной категории,
- 4) профессиональную переподготовку за счет

средств работодателя или иных средств, предусмотренных на эти цели законодательством, при невозможности выполнять трудовые обязанности по состоянию здоровья и при увольнении работников в связи с сокращением численности или штата, в связи с ликвидацией организации,

- 5) стимулирование труда в соответствии с уровнем квалификации, со спецификой и сложностью работы, с объемом и качеством труда, а также конкретными результатами деятельности,
- 6) создание профессиональных некоммерческих организаций,
- 7) страхование риска своей профессиональной ответственности,
- 8) иные гарантии и меры социальной поддержки, предусмотренные Правительством РФ, органами государственной власти

субъектов и органами местного самоуправления.

Статья 73 определяет следующие обязанности медицинских и фармацевтических работников:

- I. осуществить свою деятельность в соответствии с законодательством РФ, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии;
- II. оказывать медицинскую помощь в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями;
- III. соблюдать врачебную тайну;
- IV. совершенствовать профессиональные знания и навыки путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях в порядке и в сроки, установленные уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
- V. назначать лекарственные препараты и выписывать их на рецептурных бланках (за исключением лекарственных препаратов, отпускаемых без рецепта на лекарственный препарат) в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
- VI. сообщать уполномоченному должностному лицу информацию обо всех случаях побочных действий, не указанных в инструкции по применению лекарственного препарата и по эксплуатации медицинского изделия, о серьезных нежелательных реакциях при применении лекарственных препаратов, об особенностях взаимодействия лекарственных препаратов с другими лекарственными препаратами, которые были выявлены при прове-

дении клинических исследований и применении лекарственных препаратов.

Ограничения, налагаемые на медицинских и фармацевтических работников при осуществлении ими профессиональной деятельности устанавливается статьей 74. Медицинские работники и руководители медицинских организаций не имеют право:

- 1) принимать от организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов, медицинских изделий, подарки, денежные средства, в том числе на оплату развлечений, отдыха, проезда к месту отдыха, а также принимать участие в развлекательных мероприятиях, проводимых за счет средств компаний, представителей компаний;
- 2) заключать с компанией, представителем компании соглашения о назначении или рекомендации пациентам лекарственных препаратов, медицинских изделий, за исключением договоров о проведении клинических исследований лекарственных препаратов и медицинских изделий;
- 3) получать от компании, представителя компании образцы лекарственных препаратов, медицинских изделий для вручения пациентам;
- 4) предоставлять при назначении курса лечения пациенту недостоверную, неполную или искаженную информацию об используемых лекарственных препаратах, о медицинских изделиях, в том числе скрывать сведения о наличии в обращении аналогичных лекарственных препаратов, медицинских изделий;
- 5) осуществлять прием представителей фармацевтических компаний, производителей или продавцов медицинских изделий, за исключением случаев, связанных с проведением клинических исследований, участия в собраниях медицинских работников, связанных с повышением их профессионального уровня или предоставлением информации;
- 6) выписывать лекарственные препараты, медицинские изделия на бланках, содержащих информацию рекламного характера, а также на рецептурных бланках, на которых заранее напечатано наименование лекарственного препарата, медицинского изделия.



ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского». Клинико-диагностическая лаборатория



ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского». Операционный блок

В случае возникновения конфликта интересов медицинский работник обязан проинформировать об этом в письменной форме руководителя медицинской организации, а индивидуальный предприниматель, осуществляющий медицинскую деятельность, обязан проинформировать о возникновении конфликта интересов уполномоченный федеральный орган исполнительной власти. Конфликт интересов – это ситуация, при которой у медицинского работника при осуществлении им профессиональной деятельности возникает личная заинтересованность в получении лично либо через представителя компании материальной выгоды или иного преимущества, которое влияет или может повлиять на надлежащее исполнение медицинским работником профессиональных обязанностей.

Руководитель медицинской организации в семидневный срок со дня, когда ему стало известно о конфликте интересов, обязан в письменной форме уведомить об этом уполномоченный федеральный орган исполнительной власти, который направляет комиссию для урегулирования конфликта интересов.

В целях реализации и защиты своих интересов медицинские работники имеют право на создание на



ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского». Отделение лучевой диагностики

добровольной основе профессиональных некоммерческих организаций, которые могут принимать участие в разработке норм и правил в сфере охраны здоровья, в решении вопросов, связанных с нарушением этих норм и правил, порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, программ подготовки и повышения квалификации медицинских работников. Медицинские профессиональные некоммерческие организации разрабатывают и утверждают клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.

Кроме того, медицинские профессиональные некоммерческие организации, основанные на личном членстве и объединяющие не менее 25% от общей численности врачей на территории субъекта Российской Федерации, вправе принимать участие:

- 1) в аттестации врачей для получения ими квалификационных категорий;
- 2) в заключении соглашений по тарифам на медицинские услуги в системе ОМС и в деятельности фондов ОМС;
- 3) в разработке территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Таким образом, функции профессиональных объединений



ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского». Отделение урологии



ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского». Рентгенологическое отделение

закреплены на региональном уровне, и прописан порог доступа к управленческим решениям. На федеральном уровне таких полномочий пока не предусматривается.

Законодательством закреплено право на занятия народной медициной, разрешение на которую выдается на основании заявления гражданина и медицинской профессиональной некоммерческой организации либо заявления гражданина и совместного представления медицинской профессиональной некоммерческой организации и медицинской организации. Под народной медициной понимаются методы оздоровления, утвердившиеся в народном опыте, в основе которых лежит использование знаний, умений и практических навыков по оценке и восстановлению здоровья.

Незаконное занятие народной медициной, а также причинение вреда жизни или здоровью граждан при занятии народной медициной влечет за собой ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

Особо законодательством выделено положение о врачебной тайне (Федеральный закон № 323-ФЗ, статья 13), которую составляют сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей. Только с письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в

целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях.

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается в особо оговоренных случаях:

- 1) в целях проведения медицинского обследования и лечения гражданина, который в результате своего состояния не способен выразить свою волю;
 - 2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
 - 3) по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, по запросу органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля;
 - 4) в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему, для информирования одного из его родителей или иного законного представителя;
 - 5) в целях информирования органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий;
 - 6) в целях проведения военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссариатов, кадровых служб и военно-врачебных (врачебно-летних) комиссий федеральных органов исполнительной власти;
 - 7) в целях расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;
 - 8) при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных;
 - 9) в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного социального страхования;
 - 10) в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности.
- Усиление ответственности и увеличение количества

удовлетворенных судебных исков по разглашению врачебной тайны рано или поздно обязательно приведут к тому, что среди медицинских работников вопросам сохранения врачебной тайны будет уделяться первоочередное значение наряду с охраной здоровья. Однако уже сейчас соблюдение основных законодательных положений и принципов деонтологии должно стать важнейшей составной частью их медицинской деятельности.

Обзор действующего законодательства и нормативных документов в области здравоохранения свидетельствует, что медицинского работника, в зависимости от вида допущенного нарушения, можно привлекать к различным видам наказаний - к дисциплинарной, административной, гражданско-правовой и даже уголовной ответственности.

Кто же защищает права врача и медицинской сестры?

В отдельных случаях за совершение преступлений медицинские работники могут быть привлечены к уголовной ответственности. Преступным считается лишь такое противоправное действие или бездействие, которое совершено умышленно или по неосторожности. Уголовная ответственность наступает только за те действия или бездействия, которые определены законом как преступные. Медицинские работники могут быть привлечены к уголовной ответственности, в частности, по таким статьям, Уголовного кодекса, как ст.109 «Причинение смерти по неосторожности», ст.118 «Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности», ст. 124 «Неоказание помощи больному», ст.125 «Заведомое оставление без помощи лица, находящегося в опасном для жизни или здоровья состоянии».

Помимо официальных документов, существует целый ряд учреждений, призванных защищать права пациента:

- администрация медицинской организации;
- министерство здравоохранения области (региона);
- местный департамент здравоохранения (он может называться комитетом, управлением и т.д.);
- страховая медицинская компания (организация), при условии, что пациент является обладателем страхового полиса, выданного данной компанией (ее телефон и название указываются на самом полисе);
- территориальное отделение Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) (если он выполняет функции страховщика);



ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского». Отделение функциональной диагностики

- Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Росздравнадзор);
- прокуратура города или района;
- суд (районный или городской).

Кроме того, существуют общественные организации и представители, в обязанность которых также входит оказание помощи при нарушениях прав человека, в том числе права на сохранение врачебной тайны, например, Уполномоченный по правам человека или Национальная ассоциация защиты прав пациентов.

Все перечисленные организации, как и официальные документы, в большей степени направлены на защиту прав пациента.

Проведенный обзор показывает, что в настоящее время в Российской Федерации действует целый пакет законодательных и нормативных документов, регулирующих отношения пациента, врача и лиц сторонних организаций, которые, в основном, защищают права пациента, тогда как юридические вопросы защиты прав медицинских работников в действующих документах обозначены скупо или недостаточно, либо оговорены только по отдельным моментам.

По нашему мнению, эти вопросы требуют безотлагательной разработки со стороны всех заинтересованных министерств и ведомств, общественных медицинских объединений, с проведением широкого обсуждения с привлечением медицинской общественности.

Литература:

1. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // 23 ноября 2011 г. «ПГ» - Федеральный выпуск № 5639.
2. «Трудовой кодекс Российской Федерации» от 30.12.2001 N 197-ФЗ (ред. от 23.04.2012) /http://www.consultant.ru/popular/tkrf/.
3. Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // 3 декабря 2010 г. в «ПГ» - Федеральный выпуск № 5353.

References:

1. Federal Law of the Russian Federation of November 21, 2011. N 323-FZ «Bases of Health Protection of Citizen in the Russian Federation» // November 23, 2011 «ПГ» - Federal issue No.5639.
2. «Labor Code of the Russian Federation dated 30.12.2001 N 197-FZ (Edition dated 23.04.2012) /http://www.consultant.ru/popular/tkrf/.
3. Federal Law of the Russian Federation of November 29, 2010. N 326-FZ «Obligatory Medical Insurance in the Russian Federation // December 3, 2010 in «ПГ» - Federal issue No.5353.

Для корреспонденции:

Гуров Андрей Николаевич – доктор мед. наук, заведующий кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья факультета усовершенствования врачей Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф. Владимирского, зам. директора МОНИКИ по научно-организационной работе, г. Москва, E-mail: gurov1@monikiweb.ru, тел. 684-45-87

Смбатян Сиран Мануковна – доктор мед. наук, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья факультета усовершенствования Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф. Владимирского. E-mail: smbsiran@mail.ru, тел. 631-72-88

ГУ МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, Адрес: 129110 Москва, ул. Щепкина, д. 61/2 корп. 3

For correspondence:

Andrey N. Gurov – MD, PhD, Head of the Chair for Health Care Organization and Public Health of the Faculty for Advanced Medical Studies of the M.F. Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute, Deputy Director of the MRRCI for Scientific Organizational Activity, Moscow, E-mail: gurov1@monikiweb.ru, Tel.: 684-45-87

Siran M. Smbatyan – MD, PhD, Professor of the Chair for Health Care Organization and Public Health of the Faculty for Advanced Medical Studies of the M.F. Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute, Deputy Director of the MRRCI for Scientific Organizational Activity, Moscow, E-mail: smbsiran@mail.ru, Tel.: 631-72-88

The M.F. Vladimirsky MRRCI State Institution,
Address: 61/2, kor.3, Ul. Scepkin, Moscow 129110

Обязательное медицинское страхование и социальная политика в СМИ

Рост цен на лекарства ограничат

Правительство РФ одобрило стратегию лекарственного обеспечения населения до 2025 года. Об этом в Калуге сообщила журналистам министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова после совещания, посвященного мерам, направленным на развитие конкуренции на рынке лекарственных средств. По ее словам, фармацевтический рынок в России - один из наиболее динамично развивающихся, за последние годы его объем вырос в четыре раза.

- Стратегия лекарственного обеспечения населения до 2025 года, одобренная правительством, предусматривает не только развитие конкуренции в лекарственной сфере, повышение доступности лекарств, но и выстраивает систему рационального использования лекарственных препаратов, - пояснила Вероника Скворцова. - В частности, речь идет об их рациональном назначении и рациональном применении, исключающим случаи одновременного применения большого количества аналогичных или, наоборот, не сочетающихся препаратов.

По словам главы Минздрава, важным блоком стратегии является борьба за качество, эффективность и безопасность каждого лекарственного препарата, имеющегося на рынке. Для этого необходимо выстроить систему разрешительных и надзорно-контрольных мер.

Еще одна задача - совершенствование механизмов ценообразования и поддержания цены препаратов таким образом, чтобы их ежегодный прирост не превышал трех процентов. «Цены на лекарства в нашей стране не должны быть выше, чем в других странах мира», - подчеркнула Вероника Скворцова.

Говоря о перспективах безрецептурного отпуска лекарств в торговых сетях, министр здравоохранения РФ подчеркнула, что лекарство является особым товаром, который требует постоянного контроля качества, профессионального сопровождения, а также выполнения целого ряда специальных требований, именно поэтому во всем мире продажа лекарств осуществляется только в специализированных учреждениях - аптеках.

- При этом существует группа изделий медицинского назначения, которые могут продаваться в торговых сетях, - заметила Вероника Скворцова. - Это изделия по уходу, средства личной гигиены, детское питание, некоторые виды пищевых добавок, которые лишены компонентов лекарственных препаратов.

По ее словам, сейчас определяется минимальный ассортимент лекарственных компонентов, при реализации которых в широкой торговле власти смогут обеспечить их полную безопасность, качество и «отсутствие негатив-

ных последствий от необоснованного лечения».

Этот перечень «с большими оговорками» будет предложен для продажи в торговых сетях. В качестве примера министр здравоохранения привела бактерицидный пластырь и антисептические повязки, а также морскую воду для промывания носа.

- В течение месяца Министерство здравоохранения РФ вместе с Федеральной антимонопольной службой и Министерством экономического развития России проработает ассортимент данных лекарственных компонентов и представит на рассмотрение правительственной комиссии, - заметила Скворцова.

В свою очередь руководитель Федеральной антимонопольной службы Игорь Артемьев считает, что торговля пока не очень готова к такой работе.

- Руководители торговых сетей едины в том, что опыт, который уже есть в других странах по продаже лекарств в торговле, может с успехом использоваться и в России, - пояснил Артемьев. - Но мы понимаем, что для этого магазинам нужно будет выполнить целый ряд требований по хранению, транспортировке и продаже данной группы товаров.

Думаю, что полностью сети к продаже таких товаров пока не готовы, им придется удовлетворить требования, которые выскажет минздрав, но ситуация по развитию этой системы будет решаться, хотя и очень осторожно.

*Российская газета - Центральная Россия, Москва,
Елена Шулепова (18.01.2013)*

Дмитрий Медведев поручил повысить качество медуслуг для пожилых людей

Премьер-министр Дмитрий Медведев дал поручения по повышению качества жизни пожилых людей. Они размещены на сайте правительства и сделаны по итогам декабрьского совещания, посвященного этим вопросам. Все это касается огромного количества людей - сегодня, напомним, в России проживает более 40 миллионов пенсионеров. Поручения касаются самых разных вопросов - от здравоохранения до досуга.

Так, до апреля этого года Минздраву поручено принять дополнительные меры по улучшению качества и доступности медуслуг для пожилых граждан. При этом ведомство должно уделить особое внимание подготовке врачей и медсестер, специализирующихся на геронтологии.

Предложения по улучшению качества социальных услуг и законодательных изменений в этой сфере, в том числе - развитию частно-государственного партнерства

должны быть готовы в июне. Их поручено готовить рабочей группе, в которую войдут представители Минтруда, Минздрава, Минэкономразвития, Минфина и Роспотребнадзора.

Кроме того, ведомства должны подготовить предложения по поводу того, как можно организовать досуг пожилых людей - например, за счет предоставления им доступных спортивных, туристических услуг. Это надо сделать также к июню.

А в каждом регионе должны быть приняты специальные программы, которые касаются пожилых людей. В них следует прописать вопросы социальной и медицинской помощи, обеспечения лекарствами сельских пенсионеров. Продумать, как организовать досуг пожилых людей, организовать для них компьютерные курсы. Наладить помощь специалистов для пожилых людей, попавших в трудную жизненную ситуацию. Минтруд должен дать по этому поводу регионам свои рекомендации, обобщив опыт уже действующих региональных программ. О разработке программ субъекты обязаны отчитаться в ноябре.

*Российская газета, Москва,
Елена Кукол (19.01.2013)*

В Тюменской области создается первый в России медицинский город

Губернатор Тюменской области Владимир Якушев представил премьер-министру РФ Дмитрию Медведеву проект создания медицинского города - аналогов которому нет в России. Об этом 21 января сообщили корреспонденту ИА REGNUM в пресс-службе губернатора Тюменской области.

«Это пока единственный проект в нашей стране, но не новый в мире. Принцип объединения на одной территории нескольких клиник и медицинского университета, например, распространен в Германии», - отметил губернатор и рассказал об особенностях тюменского медицинского города.

Старт проекту был дан в 2009 году. Место для его строительства было выбрано не случайно. Здесь уже успешно работали две клиники: хирургический корпус областной клинической больницы и медсанчасть «Нефтяник». Обе специализируются на оказании плановой и экстренной медицинской помощи, в том числе с использованием высоких технологий.

Сегодня в структуру медицинского городка входят вновь открытые учреждения: Федеральный центр нейрохирургии и радиологический центр областного онкологического диспансера, а также объекты инженерно-энергетического блока. Уже в этом году должен войти в строй Морфологический центр, который сможет поставить на совершенно новый уровень процесс обучения будущих врачей. Планируется строительство и жилых домов для сотрудников медицинского города со всей не-

обходимой социальной инфраструктурой. Это позволит привлечь и закрепить необходимых высококлассных специалистов.

В планах возведение нового современного корпуса Тюменской государственной медицинской академии. Его ориентировочная стоимость 3,5 млрд рублей, пояснил губернатор. Именно с просьбой о строительстве этого важного объекта глава региона обратился к председателю правительства РФ Дмитрию Медведеву.

Губернатор Тюменской области отметил, что в целом этот проект поддержан на уровне правительства России.

*ИА REGNUM, Москва,
(21.01.2013)*

Алексей Попов: Я что-то не слышал, чтобы кому-то надо было срочно получить УЭК

О том, как идет внедрение универсальной электронной карты (УЭК) в жизнь россиян, обозревателю «Денег» Елене Ковалевой рассказал президент ОАО УЭК.

Сколько пунктов приема заявлений на УЭК работало в первый рабочий день?

— Уже работает 400 пунктов по всей России. Всего их должно быть как минимум 10 тыс. Сразу оговорюсь, что их количество определяется руководством каждого конкретного региона. В Москве, например, в обозримой перспективе таких пунктов будет 200.

Чем объясняется территориальная привязка получения карт? Тем же жителям Подмосковья в московском отделении Сбербанка УЭК не выдают, хотя счет открыть могут.

— Это вопрос законодательный, который каждый субъект решает сам, поскольку карты выпускаются за его счет. И позиция Москвы сейчас такова, что карты другим регионам на ее территории не выдаются. Будет ли она меняться, не знаю. Хотя лично я получал свою карту не в Москве, а в Волгограде. Там решили выдавать карты всем желающим из любых регионов. Москва решила по-другому. И это можно понять: в Москве, если бы действовали такие же правила, за картами обратилось бы пол-России, а платить за это пришлось бы московскому бюджету, то есть московским налогоплательщикам.

Если при приеме заявления не запрашивался номер медицинского полиса, попадет ли эта информация на карту?

— Да, мы проводим синхронизацию с базой Федерального фонда медицинского страхования (ФОМС), и, если полис у вас есть, информацию о нем мы запишем на вашу карту. Даже если вы не помните номер своей страховки. То же самое со льготами в Москве, в которой, например, есть специальное приложение льготника, и оно будет автоматически записано на карту. Все льготы, доступные по социальной карте москвича, будут доступны и по УЭК.

А социальные карты москвича останутся?

— Это вопрос к правительству Москвы. И я думаю, что сейчас не нужно делать резкие движения и что-то отменять. Проект только стартовал, надо его обкатать, надо к нему присмотреться. Надо понять, как УЭК реально принимается на транспорте (приложение появится только в апреле), как УЭК позволит получать услуги на портале госуслуг дистанционно, без посещения госучреждений.

Этого тоже нет пока?

— В каждом регионе по-разному. Нужно заходить на сайт региона и смотреть, что именно там работает, а что — нет. Но процесс идет параллельно: выпускаются карты и выстраивается инфраструктура для получения различных услуг при помощи УЭК.

Как вы в целом оцениваете готовность проекта?

— Смотря что вы понимаете под готовностью проекта. Карту получить сегодня вы уже можете. Да, где-то мало пунктов, где-то еще идет подстройка фотографирования. Но это все достаточно быстро выстроится. А вот наполнение УЭК дополнительными услугами — это процесс бесконечный.

Москва последней присоединилась к УЭК — за три дня до Нового года. Это чувствуется?

— С технологической точки зрения Москва далеко не последняя, и к старту проекта она готова довольно хорошо. Присоединение — это лишь юридический вопрос по подписанию договора, технологические работы начались гораздо раньше.

Почему на выпуск карты требуется целый месяц, тогда как международную карту выдают максимум за неделю?

— УЭК нельзя сравнивать с обычной банковской картой, которая имеет только платежное приложение. Нам нужно скоординироваться с ФОМСом, с базой Пенсионного фонда (СНИЛС), на карту записывается идентификационное приложение (УЭК персонализируется особым образом). Поэтому 20 дней — это нормальный срок. Наверное, он будет уменьшаться. Но я что-то не слышал, чтобы кому-то надо было срочно получить УЭК. Это сейчас не вопрос жизни и смерти. Хотя даже в эти праздничные дни мы получаем около 1 тыс. заявлений в день. Это много.

Когда начнутся продажи компактных считывателей — устройств, необходимых для полноценного использования УЭК?

— Считыватели и сейчас продаются везде, например у сотовых ритейлеров. УЭК можно использовать и в банкоматах. И для проезда на транспорте считыватель не обязателен. А вот если вы хотите на портале госуслуг получать сервис в электронном виде и считывать электронную подпись (ЭП) с УЭК на компьютере, тогда считыватель вам потребуется. Но он недорогой — несколько сотен рублей.

Сколько сегодня приложений есть на карте УЭК?

— ЭП, пенсионное, медицинское, платежное. Социальное приложение — по усмотрению региона. В Москве оно есть. Потом обязательно будет транспортное прило-

жение и страховое. Мы в первую очередь хотим КАСКО туда вписать, потом ОСАГО, ну и, соответственно, водительское удостоверение.

И полиция сможет на месте проверять у водителей полис ОСАГО, считывая информацию с УЭК?

— Да, сейчас там основная проблема в оснащении ридерами. Ведь сотрудник ДПС не будет бежать к банкомату, чтобы проверить наличие у вас полиса и прав.

Вы будете оснащать полицию ридерами?

— Полиция сама себя будет оснащать ридерами. Поэтому появление страхового и водительского приложения — это уже задача будущего года. Многие посты ДПС подключены к Интернету, но в основном это стационарные посты. Стоит еще вопрос об оснащении офлайн-ридерами подвижных экипажей. Но процесс идет. Главное, что это изменит процесс покупки полиса: вы подошли к банкомату, оплатили полис и сразу записали информацию на карту. Это существенно упрощает жизнь.

А как же осмотр машины страховым агентом?

— Если вы покупаете новую машину или продлеваете страховку в той же компании, осмотр не нужен. Но важней транспортное приложение, которое изменит культуру покупки билетов. Вы будете покупать их по дороге в метро, в банкомате или через интернет-банк.

Ну главное, чтобы транспортное приложение беспробойно работало: не размагничивалось, не ломалось...

— Конечно, может быть и не без того. Это вопрос технический. У нас сейчас есть время, чтобы обкатать технологию.

В какую сумму вы оцениваете реализацию проекта и сколько средств выделено из бюджета на эту программу? В СМИ говорится о 100 млрд руб.

— Программу полностью финансируют банки-акционеры. Я не согласен с данной финансовой оценкой. Если приплюсовать к основным расходам все траты на перевод услуг в электронный вид (расходы на информатизацию органов власти — то, что и без УЭК идет), наверное, получится такая сумма. Но так считать не совсем справедливо. Ведь многие услуги в электронном виде оказываются уже сейчас, на том же портале госуслуг. УЭК лишь расширяет круг пользователей этих услуг, распространяя в массы ЭП. Поэтому там совсем не такие большие деньги. Но конкретные цифры я смогу представить только через несколько месяцев. Не согласен я и с распространенным в СМИ мнением, что УЭК просуществует три-пять лет, а потом превратится в паспорт. Это глупость. УЭК на 99% состоит из инфраструктуры, и только 1% составляет сама карта. Сейчас карты выпускаются на пять лет. Если через пять лет примут необходимые законы и УЭК станет паспортом, тогда по мере планового выхода из оборота пятилетних карт УЭК на новых картах будет написано не «УЭК», а «паспорт РФ». И выдаваться они будут через ФМС. Остальное все останется. Паспорт — логичное продолжение проекта, а не замена.

А как же главный аргумент противников УЭК, что, потеряв УЭК, человек сразу теряет все документы?

— Во-первых, когда все под рукой — это просто удобно. Мы работаем над тем, чтобы упростить выдачу дубликата. И если у вас украдут УЭК, вы придете в одну точку, а не станете обходить все инстанции, как сейчас при потере бумажника со всеми документами. К тому же вам ничто не будет мешать сразу сделать дубликат УЭК — мы сейчас также над этим работаем. Одну карту носите с собой, вторую храните дома, на всякий случай. А злоумышленник воспользоваться УЭК не сможет, мы в этом уверены точно. Не надо просто ПИН-код хранить вместе с картой.

Вы предусмотрели механизмы блокировки карт, опротестовывания операций?

— Есть колл-центр, в который вы можете позвонить и заблокировать карту. А опротестовывание каких-то существенных юридически значимых услуг (например, регистрация недвижимости или взятие кредита) — наверное, по ним мы сделаем еще специальное SMS-подтверждение или какие-то дополнительные меры защиты. Хотел также сказать: пусть граждане не боятся УЭК. Ничего привычного специально отменяться не будет. Если вы боитесь менять текущий уклад и хотите ходить ножками по всем инстанциям — пожалуйста, никто никого заставлять силой не будет. Прогресс силой не насадить.

*Коммерсантъ Деньги, Москва,
Елена Ковалева
(21.01.2013)*

Валерий Рязанский: Ни о какой платной «скорой помощи» на государственной основе речи идти не может

Введение платной «скорой помощи» в России не является необходимым, заявил глава Комитета Совета Федерации по здравоохранению и социальной политике Валерий Рязанский. По его мнению, это грозит ухудшением качества бесплатной медицинской помощи, поскольку в коммерческие бригады будут идти лучшие специалисты.

Ни о какой платной «скорой помощи» на государственной основе речи идти не может, подчеркнул сенатор. Он напомнил, что Конституция РФ и действующее законодательство в сфере здравоохранения гарантирует оказание бесплатной медицинской помощи. «Главное, вокруг чего концентрируется вся система здравоохранения — это человек и его здоровье. Базовым принципом является бесплатная медицина. Это основа основ закона «Об охране здоровья граждан РФ», - сказал сенатор.

Валерий Рязанский отметил, что состоятельные граждане и так могут позволить себе вызов на дом коммерческих бригад «скорой помощи», предоставляющих услуги, не закрепленные в списке бесплатных, - рентген на дому, ультразвуковое обследование.

«Нам надо разрабатывать новые виды государственной «скорой помощи», которая могла бы более оператив-

но и мобильно перемещаться в условиях пробок, когда речь идет о жизни людей», - полагает парламентарий.

*Парламентская газета, Москва,
(21.01.2013)*

РЖД готовятся к созданию «дочки» в сфере здравоохранения

РЖД, похоже, решили выделить подконтрольные им клиники и больницы в отдельную дочернюю структуру. В железнодорожной монополии утверждают, что говорить о создании новой компании пока рано, однако при этом компания уже подала заявку на регистрацию товарного знака «Федеральные железнодорожные клиники».

Как стало известно РБК daily, на прошлой неделе РЖД обратились в Роспатент с заявкой на регистрацию нового товарного знака «Федеральные железнодорожные клиники». В РЖД подтвердили эту информацию, отметив при этом, что создание новой компании пока не запланировано. «Мы лишь ведем подготовку, а говорить о каком-то готовом бизнес-проекте, в котором было бы прописано, что войдет в новую структуру, пока рано», — пояснили в монополии. Представитель РЖД напомнил, что идея выделения медицинского обслуживания в отдельную структуру озвучивалась уже давно и связано это в первую очередь с реформированием железнодорожной отрасли, в рамках которого РЖД должны избавиться от всех непрофильных активов.

Источники на рынке рассказали РБК daily, что слышали о планах РЖД создать новую компанию в сфере здравоохранения, однако, по их словам, никакие конкретные действия монополией не предпринимались. На момент сдачи номера никакой записи в ЕГРЮЛ о регистрации новой компании не было.

На данный момент у РЖД 115 собственных больниц и 26 клиник. Также монополия располагает реабилитационными центрами, санаториями и пансионатами, которые входят в дочернюю структуру холдинга — «РЖД-Здоровье». Услуги медицинских центров РЖД рассчитаны в первую очередь на сотрудников холдинга и его дочерних обществ, а также на членов их семей (всего в РЖД работают свыше 1,3 млн человек).

С точки зрения реализации социальной политики компании задумка РЖД создать специальную медицинскую структуру выглядит вполне привлекательной, считает глава агентства Infranews Алексей Безбородов. Так, монополия сможет обеспечить своими клиниками малые города с населением порядка 50 тыс. человек, где муниципалитеты не в силах потянуть содержание медицинских центров, поясняет аналитик.

*РБК Daily, Москва, Юлия Галлямова,
Алексей Кузьменко
(22.01.2013)*

Мама недоедает

Государство должно обеспечивать качественное питание беременных женщин и кормящих матерей. Сейчас такой меры поддержки нет, а в результате дети рождаются слабые и больные, и женское здоровье оставляет желать лучшего.

Вчера в Москве прошел круглый стол по проблемам демографии под председательством вице-спикера Госдумы Людмилы Швецевой. А идею кормить матерей высказала доктор экономических наук, заслуженный деятель науки России Наталья Римашевская. По ее словам, проблема питания стоит очень остро. Практически каждая третья мама страдает анемией, которая является следствием неполноценного питания. И почти каждый третий малыш рождается, если не сразу больным, то заболевает вскоре после появления на свет. Еще 20 лет назад этот показатель был втрое ниже.

«Каждое последующее поколение рождается слабее предыдущего - это уже доказано. Наши дети слабее нас, а внуки - слабее и болезненнее, чем дети», - продолжает эксперт. Поэтому государство должно заботиться не только о количестве появившихся на свет детей, но и об их качестве. А если учесть, что бедность - еще одна острейшая проблема для нашей страны, то становится понятно, почему многие матери реально недоедают. В связи с этим предлагается, если не ввести специальные условия для полноценного питания женщины, то хотя бы разрешить тратить на это часть маткапитала.

Кстати, Наталья Римашевская утверждает, что эта ситуация отражается и на дальнейшей жизни матери. При том, что женщины в России живут дольше мужчин, их текущее здоровье хуже. Поэтому абсолютно бессмысленно повышать пенсионный возраст женщины до 60 лет. Это приведет лишь к росту инвалидизации женщин и увеличению бюджетных расходов, а уж никак не к их оптимизации, добавляет она.

По официальной статистике, 12 процентов россиян живут за чертой бедности, детей за этой чертой вдвое больше. Однако некоторые участники «круглого стола» оценили масштабы бедности в 30 процентов. И это одна из причин, по которой люди опасаются рожать детей. Одного ребенка они еще могут себе позволить, а вот больше - далеко не каждая семья.

«В последние годы в стране внедряются дорогостоящие меры демографической политики, но мы пока не пришли к модели двухдетной семьи», - констатирует директор Института гуманитарного развития мегаполиса Татьяна Малева. Хотя, конечно, коэффициент рождаемости вырос в России с 1,3 ребенка на семью в 2006 году до 1,7 в 2012-м. Физически в 2006 году на свет появилось 1,4 миллиона детей, в прошлом - 1,9 миллиона. Эти цифры назвал замминистра труда и соцзащиты Алексей Вовченко, напомнив, что в ушедшем году зафиксирован естественный прирост населения.

Эксперты и представители власти связывают рост с благоприятной для деторождения половозрастной структурой населения и предпринимаемыми мерами демографической политики. Однако через несколько лет ситуация, скорее всего, ухудшится, поскольку в детородный возраст вступят малочисленные поколения 1990-х годов, и они физически не смогут родить много детей. В итоге вопрос, как сохранить или приумножить уровень рождаемости, становится номером один для правительства.

«Сейчас россиян 143 миллиона, а при инерционном сценарии развития страны к 2050 году останется 107», - сказала Людмила Швецова. И призвала экспертов подготовить предложения для правительства, как избежать сокращения.

*Российская газета, Москва,
Марина Грицюк (22.01.2013)*

Региональная медицина получит миллиардную инъекцию

В Нижнем Новгороде частным инвестором будет вложено 1,2 млрд руб. в систему здравоохранения: именно во столько обойдется строительство Центра ядерной медицины. Эксперты отмечают важность проекта для региона, где процент смертности от онкологических заболеваний очень высок. Однако напоминают, что в 2007 году инвестор не смог реализовать проект онкоцентра, предполагаемые вложения в который должны были составить около 15 млрд руб.

Летом 2013 года в Нижнем Новгороде начнется строительство первой очереди Центра ядерной медицины. Соответствующее инвестиционное соглашение между правительством Нижегородской области и Лечебно-диагностическим центром Международного института биологических систем имени Березина (МИБС им. Березина) было подписано в рамках Международного бизнес-саммита на Нижегородской ярмарке осенью 2012 года. Место размещения центра — территория IT-парка «Анкудиновка». Общий объем предполагаемых инвестиций на строительство двух очередей комплексного диагностического центра с отделениями позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, наработкой радиофармпрепаратов на месте, отделением лучевой диагностики и консультативно-диагностическим отделением — 1,2 млрд руб. Председатель правления Ассоциации нижегородских частных медицинских центров Алексей Душкин пояснил, что строительство ядерного центра — это частный проект, а не ГЧП, то есть бюджетные средства вкладываться не будут.

По словам Алексея Душкина, первая очередь проекта — это ПЭТ-центр (центр позитронно-эмиссионной томографии), предназначенный для диагностики заболеваний онкологии, кардиологии и неврологии. В его создание ООО «ЛДЦ МИБС—Ядерная медицина—Нижний

Новгород» вложит 600 млн руб. Завершить строительство инвестор планирует к концу 2014 года. Вторая очередь — это создание онкологического диспансера, где будут применяться радиохирургические методы лечения. Как сообщил «Бирже» Алексей Душкин, этот проект будет реализован «не ранее, чем через пять-шесть лет».

«Региону этот центр нужен, — считает Душкин. — В Нижегородской области неплохая онкологическая служба, однако мы собираемся предложить методы диагностики, аналогов которым в регионе нет. То есть это не в пику и не в противовес существующей системе, а в дополнение».

Так или иначе, лишним новое медучреждение в регионе не будет. По признанию начальника управления организации медицинской помощи населению министерства здравоохранения Нижегородской области Татьяны Егоровой, порядка 80% смертности в Нижегородской области — это неинфекционные заболевания. Среди них достаточно большую долю занимают сердечнососудистые и онкология, то есть как раз те заболевания, диагностикой которых будут заниматься в ПЭТ-центре. Представитель минздрава подтвердила, что аналогичного центра в Нижегородском регионе нет — пациентов, нуждающихся в подобном обследовании, направляют в Санкт-Петербург или Москву.

«Однако это не панацея, а всего лишь метод диагностики при определенных заболеваниях, — добавляет Егорова. — К тому же, кроме упомянутого инвестпроекта рассматривается создание ПЭТ-центра в рамках Приволжского окружного медицинского центра. Но пока проект находится на этапе проектно-сметной документации — посмотрим, кто построит раньше».

Что же касается лечения раковых заболеваний, то на сегодня помощь населению оказывается в трех отделениях областного онкологического диспансера, а также в двух отделениях межрайонных больниц (Арзамасской и Павловской), также сохранен ряд коек в центральных больницах. Таким образом, резюмирует Татьяна Егорова, «вся Нижегородская область закрыта». Правда, еще в середине прошлого года в одном из интервью главный врач Нижегородского областного онкодиспансера Виталий Терехов признавался, что для онкобольных «мест не хватает». В региональном мин-здраве не стали отрицать эту проблему, отметив, что сейчас ведется работа по нескольким направлениям с целью улучшения ситуации с оказанием неотложной помощи и диагностики больным с онкологическими заболеваниями.

Центр ядерной медицины — это частный проект, естественно, возникает вопрос об его окупаемости. По словам Алексея Душкина, планируется, что в первую очередь будет оказываться бесплатная медицинская помощь населению в рамках работы системы ОМС. Но заведующий взрослым отделением сети клиник «Александрия» Алексей Купцов считает, что эффективность финансирования за счет ОМС будет зависеть от системы компенсации затрат для частного медучреждения. Лечение и диа-

гностика онкологии достаточно дорогостоящие, а Фонд медицинского страхования располагает фиксированным объемом средств, так что есть риск, что затраты клиники будут компенсироваться не в полном объеме. Но, возможно, тарифы ОМС станут выше, и частные клиники смогут компенсировать все расходы на лечение пациентов, не исключает эксперт. Или центр найдет инвесторов, которые будут ему возмещать оставшуюся часть затрат.

Алексей Душкин согласен, что пока тарифы недостаточны для того, чтобы частные клиники могли покрывать все свои расходы за счет работы по системе ОМС. Однако представитель МИБС все же надеется на благоприятный исход. По его словам, «сейчас система ОМС совершенствуется». В принципе, положительная тенденция уже намечалась. Как сообщила заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Нижегородской области Татьяна Романова, в 2013 году средний подушевой норматив обеспечения населения увеличился до 9 тыс. руб. на человека. По словам Татьяны Егоровой, за счет всех источников финансирования программа государственных гарантий стала стоить почти на 4 млрд дороже, чем в 2012 году.

Помимо этого, в центре ядерной медицины будут оказываться услуги по полисам ДМС и за личные средства граждан. То есть бизнес-направление в центре также планируется. Однако оценить перспективы его можно будет только после того, как станет известно, какие именно услуги будут там оказываться, говорит Алексей Купцов. При этом некоторые риски можно выделить и сейчас. В частности, у нас существует некоторое недоверие к новым методам диагностики. То есть, если будут применяться какие-то инновационные методы лечения, может получиться так, что люди предпочтут привычные методы. Вполне возможно, их услугами первое время будут пользоваться только больные, в отношении которых все остальные способы оказались бессильны.

При этом Татьяна Егорова отмечает, что круг пользующихся услугами будет ограничен в любом случае. «Люди должны обращаться в подобные центры строго по направлению, даже на диагностику, — говорит она. — Потому что следует понимать, что далеко не все методы безобидны, и к ним без крайней нужды прибегать не следует. Например, то же КТ-исследование — это рентгеновское излучение, и, например, для мозга это небольшая Хиросима».

Стоит отметить, что это уже не первая попытка частных инвесторов вложить деньги в региональную медицину, в частности, в лечение онкологии. Еще свежа в памяти история с инициативой ОАО НОНЦ.

Это общество было зарегистрировано в августе 2007 года с целью создания Нижегородского онкологического научного центра. Предполагаемая стоимость проекта составляла на тот год 15 млрд руб., а проект предусматривал строительство новой онкологической клиники и расположенных рядом с ней научных и образовательных учреждений, а также ряда других объектов. Проект

планировалось осуществить как государственно-частное партнерство, но, видимо, это была ошибка инвесторов. Федеральное софинансирование в свое время НОНЦ получить не удалось: заявка на получение средств не была вовремя оформлена из-за отсутствия зарезервированного под проект земельного участка. В ноябре 2008 года инвестиционный совет при губернаторе наконец выделил площадку в районе озера Лунское в Сормовском районе Нижнего Новгорода. Однако грянул кризис, и в условиях нестабильной экономической ситуации региональные власти отказались от реализации этого проекта.

*Birzha.ru, Нижний Новгород,
Александра Елина (22.01.2013)*

«Скорая помощь» останется бесплатной

Скорая медицинская помощь в России переживает очередную кризис. По словам директора НИИ скорой помощи имени Склифосовского Анзора Хубутия, если в столице пострадавший всегда может рассчитывать на качественную неотложную помощь, то в регионах сегодня не хватает полифункциональных медиков и донорской крови.

«Сейчас в неотложной помощи наблюдается дефицит кадров. Мало таких врачей, которые могли бы оказать человеку всецелую помощь в чрезвычайных ситуациях», - заявил Хубутия. - Много узкоспециальных врачей - травматологов, отоларингологов, которые не знают, что делать с оторванной рукой или ногой». Чтобы решить эту проблему, на базе института была создано «Общество врачей неотложной медицины», где сейчас проходят стажировку все желающие врачи из регионов. Специалисты «Склифа» рассказывают и показывают коллегам, как спасти жизнь человеку, пострадавшему при взрыве, пожаре или обрушении дома.

Традиционно не хватает в стране и донорской крови. Поможет ли решить эту проблему новый закон, фактически заменивший денежное вознаграждение бесплатными обедами (плата сохраняется лишь для доноров редкой группы крови, а также сдающих кровь на передвижных станциях), пока не понятно. Многие медики опасаются, что желающих сдавать кровь безвозмездно будет немного, однако Анзор Хубутия с ними не согласен. «Когда случается какая-то беда, выстраивается целая очередь желающих сдать кровь», - сказал директор «Склифа». - А в обычной жизни такого ажиотажа не наблюдается. Поэтому я всячески призываю становиться донорами, чья кровь ежедневно спасает десятки тысяч человек. Независимо от того, заплатят за это или нет».

Также, по мнению директора НИИ, жизнь многих людей могут спасти специально обученные полицейские. «Сотрудников полиции и ГИБДД нужно обучать оказывать помощь до приезда медиков. Потому что они первые оказываются возле человека, который попал в автотрагедию или упал. Я часто наблюдал ситуацию, когда

человек лежит, а сотрудник полиции ходит вокруг него и даже не наклоняется. Он не знает, что с ним делать», - заявил доктор. Хубутия предложил депутатам Госдумы разработать законопроект, по которому человек, которого берут в полицию, проходил бы обязательные курсы оказания первой помощи.

Что касается «платной» скорой помощи, о создании которой было объявлено накануне московскими чиновниками, то директор «Склифа» попросил россиян не пугаться. «Это инициатива затронула только столицу», - уточнил Хубутия. - Там будет всего 15 машин, да и воспользоваться этой услугой можно будет только по каналу добровольного медицинского страхования. Обычная «Скорая помощь» как была бесплатной, так и останется».

В НИИ скорой помощи имени Склифосовского места хватит всем. По словам врача, ежегодно в больницу обращаются более 52 тысяч человек. «В институте 974 койки, из которых 132 реанимационных», - уточнил он. - У нас работают 600 врачей, 327 научных сотрудников, из них 39 профессоров и 75 докторов наук. Всех самых тяжелых пострадавших доставляют к нам, каждую ночь». Так, Хубутия рассказал, что именно к ним привезли выжившего в авиакатастрофе во Внуково стюарда, у которого были переломы ребер, лопаток, грудного отдела позвоночника. Молодому человеку сделали одну операцию, сейчас предстоит вторая по удалению обломков позвоночника.

Также в «Склиф» доставили официантку, раненую во время убийства «Деда Хасана». «Если нам удастся ее спасти, она, к сожалению, останется глубоким инвалидом», - сказал специалист. - У нее полностью разорван спинной мозг в грудном отделе позвоночника, но жить она будет».

Справка «РГ»

В новогодние праздники более тысячи москвичей обратились в НИИ скорой помощи имени Склифосовского с различными травмами, из них только четыре связаны со взрывом петард. Остальные - колото-резаные раны и травмы в дорожно-транспортных происшествиях.

*«Российская газета», Москва,
Елена Домчева (22.01.2013)*

Функции Минздрава передадут доктору Рошалю

В комитете Госдумы по охране здоровья разработали концепцию реформы системы здравоохранения, которая передаст значительную часть функций Минздрава медицинскому сообществу и фактически заставит всех врачей пройти переподготовку. По замыслу авторов, окончание вуза не будет единственным основанием для начала врачебной практики. Выпускникам придется вступить в единое медицинское объединение, которое теперь и будет предоставлять врачам право на работу. Об этом «Известиям» рассказал заместитель председателя комитета Госдумы по охране здоровья Сергей Дорофеев («Единая Россия»).

— Мы планируем передать часть государственных функций профессиональному сообществу. Именно врачи должны определять, кто среди них должен работать, а кого нужно лишить практики. Ни один врач не сможет работать по специальности, будучи независимым от профессионального сообщества: вступить в медицинское объединение придется всем, приняв тем самым правила, устанавливаемые организацией, — объясняет парламентарий.

Кроме этого объединение врачей получит право разбирать споры между медиками и пациентами. Если по итогам разбирательств действия врача будут признаны непрофессиональными, то коллегия лишит его права на работу. Таким образом, говорит Дорофеев, в ряде случаев профессиональное сообщество будет действовать наравне с судом.

— Хотелось бы добиться такой репутации, при которой пострадавшие в первую очередь обращаются в объединение. Суд может вынести только юридическое решение, но там нет специалистов в области медицины, которые точно характеризуют те или иные действия врача, — подчеркивает депутат.

Организация, объединяющая всех медиков и устанавливающая правила их работы, может быть создана на базе Национальной медицинской палаты, президентом которой является Леонид Рошаль. Получить его комментарий «Известиям» не удалось, однако ранее известный врач сам неоднократно выступал с идеей подобного реформирования системы здравоохранения. Вице-президент организации Наталья Ушакова подтвердила, что объединение уже готовится к принятию новых полномочий. Более того, палата решила, что далеко не всем практикующим врачам удастся вступить в профессиональное сообщество, после того как ему частично передадут функции государства.

— Мы не собираемся автоматически принимать всех врачей в профессиональное сообщество. После принятия и вступления в силу закона будут организованы «тестирующие центры», при которых все врачи смогут сдать экзамен для членства в медицинской палате, — пояснила Ушакова.

Вопрос о том, как в сообщество будут вступать специалисты, недавно получившие диплом, пока открыт. Скорее всего, им придется проходить некую аттестацию, чтобы доказать свою квалификацию для работы по специальности.

— Во многих странах диплом не является доступом к профессии. У нас есть разные варианты. Возможно, диплом станет достаточным основанием для автоматического вступления в сообщество, но мне кажется, что вуз должен обучать, а сообщество экзаменовать, и выпускники должны как минимум проходить собеседования, — пояснил Дорофеев.

Для разработки подробного законопроекта депутатам понадобится содействие Министерства здравоохранения. Эту тему члены комитета по охране здоровья планируют обсудить с главой ведомства Вероникой Скворцовой, которая посетит нижнюю палату парламента 23 января.

— Я бы сказал, что это революционный законопроект,

он изменит все принципы деятельности медицинского сообщества, поэтому работать над ним без консультаций с самими врачами и с Минздравом невозможно, — уверен Дорофеев.

В Министерстве здравоохранения «Известиям» сообщили, что ведомству известны планы депутатов по реформированию отрасли.

— Принципиальных расхождений у министерства с экспертами нет, но пока что работа над практической реализацией не началась, — заявил собеседник.

Представители медицинского сообщества, хоть и приветствуют инициативу законодателей, относятся к ней с настороженностью. Уверенности в том, что новая система будет работать на благо врачам и, главное, пациентам, нет.

— В целом идея очень интересная, ведь сами врачи лучше, чем чиновники, знают, каким проблемам в обществе нужно уделить особое внимание. Но при этом пока непонятно, каким образом данная организация будет функционировать, поэтому уверенности в успешности замысла нет, — заявил «Известиям» профессор, президент Противоракового общества России Давид Заридзе.

Другие специалисты опасаются, что вводимая система не поможет профессиональному сообществу избавиться от плохих врачей, ведь высок риск роста коррупции. Генеральный директор Центра иммунокоррекции имени Ходановой Людмила Лапа полагает, что за определенную сумму вступить в организацию и продолжить врачебную деятельность сможет любой, даже самый неквалифицированный медик.

— Я не совсем понимаю, зачем это нужно. Если вступление в это профессиональное объединение будет обязательным для работы врачом, то, конечно, разовьется коррупция, — предполагает Лапа. — И сейчас проблемы коррупции свойственны медицинскому сообществу: сертификаты о повышении квалификации можно купить.

При разработке концепции авторы учитывали опыт других стран — Германии, Польши, Австрии, Франции, США и Японии. Специалисты, не имеющие членства в медицинских ассоциациях этих государств, не могут заниматься врачебной деятельностью. Однако министерства здравоохранения там сохраняют свои обязанности по общему руководству отраслью, решению стратегических задач, строительству и оснащению медицинских учреждений.

*Известия, Москва,
Юлия Цой (23.01.2013)*

Россияне не станут платить за услуги скорой помощи

Информационно-экономический ресурс Finam.info (проект инвестиционного холдинга «ФИНАМ») провел онлайн-дискуссию на тему «Вы готовы платить за скорую помощь?».

Большинство участников дискуссии уверены, что платная скорая помощь не будет востребована. Они считают, что впускать коммерческую составляющую в область медицины, когда речь идет о спасении жизни - аномально. Медицинская помощь оплачивается из фонда обязательного медицинского страхования, из налогов, которые платит работодатель.

В Москве с 1 февраля текущего года стартует медицинский эксперимент, в рамках которого на одной из столичных станций скорой помощи вызовы команды медиков на дом сделают временно платными. Правда, медицинская помощь будет оказываться на платной основе только в случаях, когда предоставляемая услуга не включена в перечень обязательных - например, за рентген или УЗИ на дому. Впрочем, многие эксперты уверены, что россияне пока не готовы к оплате услуг скорой медицинской помощи.

Категорически против платных услуг «скорой» выступает Олег Куликов, член Комитета Госдумы по охране здоровья. С мнением эксперта согласились 93% посетителей сайта Finam.info, принявших участие в голосовании. «Нам же всего лишь в прошлом году говорили, что платность будет распространяться только на сервисные услуги - лучшая палата, лучшее питание, еще что-то, - говорит г-н Куликов. - С 1 января этого года скорая медицинская помощь оплачивается из фонда обязательного медицинского страхования, фактически, из налогов, которые платит работодатель».

В качестве альтернативы предлагается платная скорая помощь, и, якобы, там может быть расширен спектр оказания первичной медицинской помощи или диагностических услуг. При этом называют рентген и УЗИ. Я считаю, что такой же аппаратурой необходимо оборудовать все автомобили скорой помощи, чтобы сократить время оказания помощи при вызове или доставке больного в стационар. Единственное, на что с натяжкой можно согласиться, это та скорая помощь, которая оказывает услуги наркозависимым и алкоголезависимым гражданам».

В свою очередь, Разиев Натхо, депутат ГД РФ, член фракции «Единая Россия», считает, что разделение на платные и бесплатные услуги должно быть всегда. «Такая практика уже имела место в РФ, но была отменена, - говорит г-жа Натхо. - Это было в Ставропольском крае. Платная скорая помощь будет востребована, когда это не столь экстренная помощь, но есть необходимость выезда на дом. Это бывает при нехватке машин или бригад, когда эпидемии гриппа. Я думаю, что в таких случаях, возможно, она будет востребована, когда участковый врач не в состоянии к каждому прийти домой». Позицию г-жи Натхо разделяют 7% пользователей сайта Finam.info, принявших участие в дискуссии.

*Finam.info, Москва,
(25.01.2013)*

Томограф, к барьеру!

Минпромторг России подготовил проект постановления правительства «Об установлении ограничений при поставке медицинских изделий для государственных и муниципальных нужд». Эта новость взбудоражила участников рынка настолько, что Федеральная антимонопольная служба (ФАС) созвала экспертный совет и пригласила на него представителей министерства и Росздравнадзора - разъяснить бизнес-сообществу смысл предлагаемых ограничений.

А они довольно жесткие - планируется, что до 1 января 2020 года к участию в поставках за счет федерального бюджета или государственных внебюджетных фондов РФ будут допускаться только медизделия, произведенные на территории России и Белоруссии (а с 2014 года - и Казахстана) отечественными производителями или локализованными предприятиями зарубежных фирм. Критерием локализации будет адвалорная доля (процент добавленной стоимости в цене изделия), порядок расчета которой также будет утверждать Минпромторг. Вопросы качества при этом не рассматриваются, хотя по отдельным позициям наши медизделия пока не дотягивают до уровня аналогичных японских, немецких или американских.

Российский рынок медицинских изделий за последние годы стремительно растет - с 2002 до 2011 года он увеличился в 5 раз и, по оценкам экспертов, к 2020 году может вырасти еще в 4 раза. Россия уже вошла в первую десятку стран, закупаящих эту продукцию. И конечно, потерять возможности такого рынка для серьезных поставщиков медицинских изделий было бы большим ударом. Но и для потребителей их продукции это может стать потерей - многие уже на личном опыте хорошо изучили возможности современных диагностических приборов, новейших лечебных технологий и т.п. Выход - создавать условия для нормальной конкуренции всех производителей, не забывая о необходимости развивать отечественную медицинскую промышленность.

- К сожалению, на нашем рынке конкуренция больше связана с коррупционной составляющей, а не с уровнем технологий, - подчеркнул начальник управления контроля социальной сферы и торговли ФАС России Тимофей Нижегородцев. - Пользу обществу такая конкуренция не приносит. Более того, стимулирует госорганы закупать неполноценное медицинское оборудование по полноценной цене.

Постановление, по мысли его разработчиков, должно сделать рынок медизделий прозрачным и предсказуемым, что позволило бы его участникам осуществлять долгосрочное планирование. И одним из его механизмов должен стать перечень взаимозаменяемых изделий. Его планируют подготовить совместно минпромторг и минздрав.

- До 95% медицинских изделий в нашей стране закупается за счет бюджетов всех уровней, - напомнил собравшимся директор департамента химико-технологического

комплекса и биоинженерных технологий минпромторга Сергей Цыб. - Так что ограничительные меры - лишь дополнительное требование со стороны заказчика, а не запреты. Так мы дадим толчок и собственным производствам, и локализации импортных изделий.

Сергей Цыб привел в пример результаты принятия стратегии «Фарма-2020». В 2009 году, когда она разрабатывалась, ни одна из крупных зарубежных фармкомпаний не собиралась создавать свои производства в России. Но в результате принятых государством стимулирующих мер сегодня ими реализуется более 10 крупных инвестиционных проектов, общая сумма инвестиций превысила миллиард долларов. Однако нерешенной до сих пор проблемой является отсутствие в законодательстве точной дефиниции того, что считать локальным производством и локальным продуктом. Рассматривается возможность сделать критерием адвалорную долю в размере до 50%. Но не исключено, что ее шкала может быть гибкой и вводиться постепенно.

- Но адвалорную долю можно и «накачать» за счет маркетинговых исследований и расходов на рекламу, - обратила внимание на одну из опасностей такого подхода представитель компании Johnson&Johnson Наталья Тотавега. - Однако это увеличит и цену продукта, что для российского рынка неприемлемо - может получиться, что она будет выше, чем на то же изделие по импорту. Еще одна проблема - стандарты качества, которые для каждой группы медицинских изделий специфичны. В России они сейчас не обязательны, что позволяет ввозить сюда устаревший продукт, который больше нигде поставлять нельзя.

- По региональным программам модернизации здравоохранения в медорганизации поставлено более 400 тысяч единиц оборудования, - подчеркнула врио руководителя Росздравнадзора Елена Тельнова. - Однако, по нашим данным, лишь половина лечебно-профилактических учреждений оснащена в соответствии с порядками оказания медицинской помощи. Это значит, что им предстоит закупать недостающее оборудование, в том числе и высокотехнологичное. Его теперь разрешено использовать и для оказания платных услуг, но куда пойдут эти средства - неизвестно.

- Целью введения платных услуг была возможность реинвестирования полученных средств в новое оборудование, - напомнил Тимофей Нижегородцев. - Но она никак не поддержана нормативными документами, а главврачи не мотивированы на это, поэтому стабильность спроса на рынке медизделий ничем не обеспечена. И в этом смысле локализация своих целей пока не достигла. На рынках других стран потребности формируются самими медицинскими организациями и обеспечивают постоянное спроса и объема рынка.

- Наши компании - за методику «пряника», а не «кнута», - выразила позицию Ассоциации международных производителей медицинских изделий (IMEDA) ее исполнительный директор Александра Третьякова. - За-

претительные меры никогда не бывают эффективными. Мы предлагаем меры стимулирующие - налоговые льготы, ценовые преференции и т.п. В противном случае стране гарантированы ограничение доступности новых медицинских технологий, преобладание продукции низкого качества, так как на рынок придут компании третьего мира, появление «серого» и «черного» рынков медицинских изделий и контрафактной продукции. То есть мы вернем рынок к ситуации десятилетней давности. А это, в свою очередь, приведет к росту цен, сворачиванию сервиса и образовательных программ для врачей, снижению скорости обновления высокотехнологичного медицинского оборудования и модернизации технологий.

Обсуждение на экспертном совете было сдержанным по форме, но его напряженность чувствовалась по реакции аудитории - представителей российской медицинской индустрии и зарубежных компаний. Оно не спало даже тогда, когда Сергей Цыб пообещал обсудить все сложные вопросы на экспертных группах, которые министерство планирует создать с участием бизнес-сообщества, и учесть все мнения при разработке последующей нормативной базы.

Дата внесения проекта постановления в правительство - 4 февраля, срок для поправок совсем невелик. А наши бизнесмены слишком хорошо знают влияние на их деятельность любого слова и даже знака препинания в подобных документах. Любая запятая, оказавшаяся не на своем месте, может стать барьером для рынка. Так что нервничают зарубежные производители и импортеры медизделий не зря.

*Российская газета, Москва,
(29.01.2013)*

Министерство здравоохранения Ульяновской области и Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова подпишут соглашение о сотрудничестве

Такое решение было принято в ходе встречи Министра здравоохранения Ульяновской области Валентины Карауловой с руководством учебного заведения. В совещании приняли участие проректор по учебной работе Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Андрей Свистунов, декан лечебного факультета вуза Виктор Фомин, директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ульяновской области Павел Дегтярь.

«Теперь медицинские специалисты нашего региона смогут проходить целевую и постдипломную подготовку в этом ведущем медицинском вузе страны, школьники получат возможность поступать и в это учебное заведение по целевому направлению, - пояснила Валентина Караулова. - Кроме того, в клиниках университета будут

организованы консультации и лечение ульяновцев в наиболее диагностически сложных случаях».

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова является одним из ведущих высших учебных заведений страны с давними медицинскими традициями и признанным авторитетом среди медиков всего мира. В нём одновременно учатся более 14 тысяч человек.

Губернатор и Правительство Ульяновской области, Ульяновск, (29.01.2013)

Власти Брянска готовы платить 1 млн. руб. приедем высококвалифицированным медикам

Власти Брянска рассматривают в целях привлечения квалифицированных медицинских кадров в город вариант предоставления иногородним специалистам сертификатов на сумму в 1 млн. рублей с условием обязательной отработки в лечебных заведениях 5 лет, заявил и.о. главы горадминистрации Анатолий Кистенёв на встрече с коллективом областного кардиодиспансера 1 февраля, сообщили Regnum Центр в пресс-службе горадминистрации. По мнению Анатолия Кистенёва, это позволит привлекать к работе в брянских больницах высококлассных врачей. Подобный опыт с успехом реализуется в районных центрах нашего региона.

Встречу инициировали сами медики. Поводом послужили накопившиеся вопросы к представителям власти. Среди обсуждаемых тем были переход к функционированию в режиме автономного учреждения, затянувшийся ремонт физиотерапевтического отделения, введение новых правил работы с пациентами, страдающими сосудистыми заболеваниями, создание условий для лечения и реабилитации пациентов диспансера.

ИА REGNUM, Москва, (04.02.2013)

Мария Гайдар может лишит неэффективные поликлиники 30% средств

Новый советник вице-мэра Москвы Леонида Печатникова разрабатывает систему подушевого финансирования столичных учреждений здравоохранения

Мария Гайдар, в конце прошлого года ставшая советником вице-мэра Москвы по социальному развитию, занимается разработкой механизма перевода московских поликлиник на подушевую систему финансирования. Об этом «Известиям» рассказал заммэра Леонид Печатников. Сама Гайдар добавила, что уже через полгода объем средств, которые получает поликлиника, может зависеть от числа

обращений жителей в скорую помощь, эффективности выявления онкологических заболеваний, тщательности ведения реестра хронических больных. В перспективе неэффективно работающие учреждения здравоохранения могут лишиться до 30% финансирования.

Мария Гайдар, дочь бывшего премьер-министра России Егора Гайдара и экс-заместитель губернатора Кировской области Никиты Белых, стала советником Леонида Печатникова на общественных началах в декабре 2012 года. Система подушевого финансирования московских поликлиник фактически заработала в столице с 1 января 2013 года. Ранее они получали деньги от государства в зависимости от объема услуг населению. Сейчас 70% выделяется в качестве подушевого финансирования — в зависимости от того, сколько к поликлинике прикреплено москвичей, и только 30% — по объему услуг. Эти 30% считаются стимулирующей частью финансирования, которая может выплачиваться, если поликлиника выполняет предъявленные к ней требования.

Как рассказала «Известиям» Мария Гайдар, в дальнейшем эта часть будет зависеть и от других показателей. Одним из них, по ее словам, могло бы стать число вызовов скорой помощи к прикрепленным жителям.

— Очень часто люди, у которых поднялось давление или температура, но которым не требуется экстренная помощь, звонят в «скорую». В службу неотложной помощи, существующую при каждой поликлинике, пациенты редко обращаются, потому что не знают о ее существовании или не испытывают к ней доверия. Поликлиника, снизившая число «непрофильных» вызовов «скорой» в своем районе, должна получать больше средств, — отметила Гайдар.

По ее словам, главный врач учреждения должен сам решать, как достичь требуемого результата. Она напомнила, что с 2013 года московские медучреждения перешли на новую систему оплаты труда, и теперь руководство может не ориентироваться на «тарифную сетку», а самостоятельно распределять заработную плату внутри коллектива. По мнению Марии Гайдар, главный врач может перевести в неотложку больше медиков и платить им достойную зарплату, открыть «горячую линию», куда за советом будут звонить жители, лучше организовать работу поликлиники вечером, чтобы москвичам было удобнее туда обращаться. Чтобы найти деньги на «внутренние реформы», главному врачу, как говорит Гайдар, придется, к примеру, избавиться от «15 своих заводов или раздутой бухгалтерии».

Другими критериями эффективности поликлиник, по словам Гайдар, могут быть статистика выявленных онкологических заболеваний, ведение реестра хронических больных и более тщательная работа с ними, соотношение числа москвичей, живущих в районе и прикрепленных к поликлинике, а также тех, кто в реальности туда обращается.

— Критерии могут быть разными, и они должны меняться со временем, — говорит Мария Гайдар. — Я считаю, их можно ввести уже во второй половине 2013 года.

По словам Гайдар, лучше начинать с пилотных поликлиник, где будут опробованы новые механизмы.

Напомним, с 2014 года московские поликлиники полностью перейдут на финансирование из фонда обязательного медицинского страхования. Сейчас, по словам Гайдар, примерно половина средств поступает из московского бюджета. Именно средства ОМС предлагается использовать как стимулирующие выплаты.

Декан факультета управления здравоохранения Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова Сергей Боярский считает, что показатели эффективности амбулаторных учреждений необходимы.

— Иначе трудно оценить, как они работают, — сказал он. — Между тем если они работают эффективно, снижается нагрузка на стационары и на скорую помощь. Но критерии не должны быть вечными. Учреждения будут пытаться обмануть систему и найти способ улучшить показатели, не улучшая работы. Поэтому лет через пять критерии эффективности лучше изменить.

По мнению президента Лиги защитников прав пациентов Александра Саверского, существующее сейчас стимулирование поликлиник в виде дополнительных выплат за оказанные услуги работает плохо из-за практики приписок.

— По данным федерального фонда ОМС, 30% записей в медкартах — приписки, то есть пациент на приеме не был, хотя записано, что был, — пояснил Саверский. — Ничто не мешает врачам поступать так и дальше, если финансирование учреждения будет зависеть от его посещаемости.

Эксперт отметил, что статистику по показателям нельзя толковать однозначно. По его мнению, если пациент часто обращается в поликлинику, это может свидетельствовать как о том, что ему нравится ее работа, так и о том, что там его не долечивают до конца.

*Известия, Москва,
(05.02.2013)*

Москва наносит удар по раку. Столица борется с онкозаболеваниями, невзирая на ряд объективных и субъективных проблем

Модернизация столичного здравоохранения, в том числе московской онкологической службы, серьезно повлияла на ситуацию с лечением раковых заболеваний в городе. Даже пациентские организации не припоминают ни одной жалобы от московских пациентов, связанной с нехваткой лекарств.

И тем не менее рак по-прежнему является второй после сердечно-сосудистых заболеваний причиной смертности и москвичей, и россиян: от онкологии у нас умирают в 10 раз чаще, чем при ДТП.

По данным главного онколога города, главврача городской клинической больницы № 62 Анатолия Махсона, на

учет по онкозаболеваниям сегодня поставлена примерно 221 тысяча горожан. При этом более 172 тысяч из них — люди, уже вылечившиеся от болезни, но оставшиеся под наблюдением. Примерно 34,5 тысячи человек лечатся, и шансы на их выздоровление высоки. Но более 15 тысяч человек, к сожалению, вряд ли удастся вылечить.

Самым распространенным видом рака в городе остается рак молочной железы (РМЖ). Он же лидирует и по количеству летальных исходов. И все же сегодня в Москве удалось достигнуть европейских показателей выживаемости при РМЖ — около 75%. Для сравнения — среднероссийский показатель составляет 56%. Однако до американских 90,3% даже Москве еще далеко. Дело в том, что в Америке введен тотальный скрининг женского населения на РМЖ. По словам Махсона, в Москве условия для этого есть. «Теперь наша диагностическая служба не уступает европейской. Сегодня в городе работают 114 маммографов, и каждая женщина старше 45 лет может делать раз в два года маммографию совершенно бесплатно. Беда в том, что люди не идут! — сокрушается главный онколог. — Новейшая аппаратура загружена всего на 30—35%! Если выявить РМЖ на ранней стадии, выздоровление наступает в 98% случаев».

На втором месте «по популярности» в Москве — колоректальный рак (толстой и прямой кишки). Его диагностировать непросто, к тому же симптомы заболевания появляются лишь на 3—4-й стадии. Далее следуют рак кожи (меланома), рак предстательной железы, рак легких и рак желудка.

По данным исполнительного директора «Равного права на жизнь», председателя Общественного совета по защите прав пациентов при Управлении Росздравнадзора по Москве и Московской области Дмитрия Борисова, каждый третий случай рака может быть предотвращен или выявлен на ранних стадиях.

— В России 2% населения — онкологические пациенты. Каждый третий человек, которому поставили диагноз в 2011 году, уже умер. 300 тысяч человек ежегодно умирают от рака, что в 10 раз больше, чем гибнет людей в автомобильных катастрофах. Но онкология до сих пор не остается в первоочередном приоритете у государственных лидеров. В стране нет единой программы по обеспечению раковой службы, — сетует эксперт.

Борисов говорит: несмотря на то что в наше здравоохранение вливаются огромные суммы, финансирование онкологии остается незначительным. Так, у нас на нее тратят в расчете около 19 евро на душу населения, а в странах Европы и США — до 200 евро. Большую роль там играет система добровольного медицинского страхования (например, в США она финансирует онкологическую помощь населению примерно на 60%). У нас же система ДМС полностью устранилась от решения раковых вопросов: в договорах особо оговаривается, что помощь по добровольной страховке закончится в случае выявления у пациента онкологии. «Это не регулируется законом, просто так решило страховое общество», — с горечью отмечает Дмитрий Борисов.

Тем временем именно в области онкологии в последние годы фиксируются самые революционные достижения. Сегодня рак — это излечимое заболевание, если врачу доступны все современные методы лечения и диагностики. Чуть ли не каждый месяц регистрируются новые таргетные (действующие точно на опухоль и не повреждающие иммунную систему) препараты. Однако эти лекарства очень дороги: курс лечения доходит до нескольких сотен тысяч рублей в месяц. Финансирование же лекарственного обеспечения онкобольных в стране в 4 раза ниже среднеевропейских показателей. «По закону все раковые больные в стране должны полностью обеспечиваться лекарствами и лечением за счет государства, — продолжает Борисов. — Но на практике каждая третья упаковка лекарств для лечения рака покупается на деньги пациентов. Когда в различных регионах поднимаются вопросы повышения финансирования по онкологическим программам, нередко чиновники цинично заявляют: лечи — не лечи, а конец один».

Эти проблемы, слава богу, почти незнакомы сегодня москвичам. Доктор Махсон подчеркивает, что лечение онкобольных в городе полностью оплачивается из средств бюджета. И это — не пустые слова. Как рассказывает председатель исполнительного комитета «Движение против рака» Николай Дронов, с начала модернизации столичной системы здравоохранения практически не поступало жалоб от москвичей из-за отсутствия лекарств.

По данным Махсона, в 2012 году в Москве на препараты для лечения рака из казны было потрачено более 4 миллиардов рублей. Но есть одна серьезная проблема, связанная с печально известным законом № 94. Согласно ему, лекарства, как и гвозди, закупаются для онкобольных на торгах — и предпочтение следует отдавать наиболее дешевым препаратам. В итоге в конкурсах побеждают дженерики (копии оригинальных лекарств) индийского и китайского производства, качество которых вызывает у врачей серьезные нарекания. И хотя об этой проблеме говорят уже не первый год, она никак не решается.

*Московский комсомолец, Москва,
(14.02.2013)*

Рецепт по SMS

До конца февраля минздрав обещает представить единую форму электронной карты больного. В ближайших планах — возможность получить от врача «виртуальный» рецепт на лекарства. На вопросы «РГ» ответил директор департамента информтехнологий и связи Минздрава России Роман Ивакин.

Роман Михайлович, я лично пыталась записаться на прием к врачу через Интернет — не получилось...

Роман Ивакин: Когда это было?

В начале декабря...

Роман Ивакин: Тогда мы только-только начали тестировать систему электронной записи через портал госулуг. Понятно, что не все медучреждения подключились к системе сразу же, это происходит постепенно. Попробуйте еще раз. За два месяца, к началу февраля, через Интернет на прием записалось уже 2,5 млн пациентов.

Но многие жалуются, что проблемы очередей в поликлиниках это не решило: запись записью, а перед кабинетом по-прежнему «живая» очередь...

Роман Ивакин: А вот это уже зависит от руководителя медучреждения. Если бы все было так просто: установить информаты или внедрить портал записи — и очереди исчезнут. Нужно приучить врачей вести прием, а пациентов — приходить в поликлинику строго по времени записи. Кроме этого, нужно учитывать, что даже при дефиците кадров врачи принимают всех пациентов, которые пришли на прием в этот день.

Мы изучали опыт регионов. Например, городок Луховицы в Московской области. В центральной райбольнице — поликлинические отделения, и взрослое, и детское. Там самостоятельно сделали локальную единую систему записи. Когда беседовали с коллегами — рассказывали нам, что поначалу была неразбериха. Народ, например, кинулся записываться «впрок». Но очень быстро поняли, как это все работает, что записаться можно всегда, что это удобно, — и система наладилась. Безалаберность проявляется скорее не когда человек болеет и идет на прием, тут он более пунктуален, а когда в поликлинику нужно здоровому (за справкой для бассейна, например). Но повторяюсь, что это не носит массового характера.

Электронные истории болезни, да еще собранные в единую базу, — это действительно удобно. Попал, паче чаяния, в больницу в другом регионе — врачи смогут «зайти» в базу, посмотреть анамнез, результаты предыдущих анализов... Когда это будет сделано?

Роман Ивакин: Задача поставлена — до конца года. Многие медучреждения это уже делают. Но пока нет единообразия, поэтому увязать сейчас все информационные ресурсы в единую сеть невозможно. До конца февраля мы представим на обсуждение унифицированную форму электронной карты — с единым набором полей, едиными требованиями.

Как будет организован доступ врача к информации о пациенте?

Роман Ивакин: Информация о пациенте будет доступна только лечащему врачу. При этом защита информации, персональных данных — обязательное условие. Вот, например, один из вариантов. Все данные будут сгруппированы по трем направлениям. Один элемент — паспортные данные, ФИО, СНИЛС. То есть та информация, которая идентифицирует конкретного человека. Второй элемент — собственно медицинская часть — диагнозы, заключения врачей, назначения и т.д. Наконец, третий элемент — это особая «подбаза», которая будет объединять первые два элемента. Храниться все три

элемента будут отдельно, и защищены будут каждый в отдельности. Таким образом, чтобы получить доступ к полным данным любого человека, злоумышленнику придется взломать все три «подбазы» и суметь их соединить.

Сообщалось, что скоро выписать рецепт на лекарство можно будет тоже по Интернету. Каким образом?

Роман Ивакин: В принципе, эта часть тесно связана и с введением электронной карты. Назначение, сделанное врачом, внесенное в определенное поле в карту больного, попадет в единую базу данных. И станет доступно аптекам. Заполнять бумажный рецепт нужды уже не будет. Начать мы предлагаем с льготников. Именно им сейчас выписывается львиная доля рецептов. Причем если речь идет о хронических заболеваниях, о постоянном приеме препаратов, возможно даже, что очередное назначение можно будет проводить без личного присутствия пациента. Врач эсэмэской проинформирует больного, что рецепт ему выписан, можно идти в аптеку. Технически это несложно.

С концепцией электронного рецепта мы определимся до конца года. Нужно, например, вместе с медиками понять, должен ли рецепт для хронических больных выписываться автоматически к определенной дате или все-таки обязательно надо идти к врачу. Кроме этого, нужно подготовить аптеки, чтобы они могли принимать электронные рецепты.

*Российская газета, Москва,
(15.02.2013)*

При Минздраве РФ создан совет по этике

При Минздраве РФ утвержден совет по этике. В его состав вошли представители медицинской науки и практики, общественных и религиозных организаций, средств массовой информации.

Согласно приказу, подписанному министром Вероники Скворцовой, его возглавит директор Научно-исследовательского института пульмонологии ФМБА России, академик РАМН Александр Чучалин.

В задачи совета входит проведение этической экспертизы документов по клиническим исследованиям лекарственных препаратов для медицинского применения и выдача заключений об этической обоснованности возможности или невозможности проведения таких исследований. Какие задачи ставит перед собой председатель совета на первом этапе?

«К сожалению, в это сфере пока еще немало ошибок, - ответил на вопрос «РГ» Александр Чучалин. - Наша задача - утвердить в российском врачебном сообществе высочайшие принципы этики и деонтологии. Сейчас идут рабочие совещания с экспертами, на которых мы обсуждаем структуру и содержание этой работы. Мне бы хотелось, чтобы в нашей стране была создана система этических комите-

тов наподобие той, которая действует в Германии, Франции, США. То есть, чтобы мы, российские врачи, вошли в глобальную систему соблюдения высочайших этических стандартов, принятых в мировой медицине».

*Российская газета, Москва,
(15.02.2013)*

Исследовать глазное дно поможет ФАГ

Югорские медики освоили новый метод исследования глазного дна. В окружной клинической больнице Ханты-Мансийска офтальмологи проводят флюоресцентную ангиографию, с помощью которой можно более тщательно исследовать зрение пациента. Метод заключается в том, что в вену пациента вводят специальное красящее вещество, которое через кровеносную систему попадает в глаз. С помощью специального свечения офтальмологи наблюдают за сосудами и капиллярами глазного дна. В нормальном, здоровом глазу артерии и вены прозрачны, равномерны на всем протяжении, одинакового диаметра. Потеря прозрачности, изменение формы и другие проявления могут свидетельствовать о различной патологии кровеносной системы.

Проведение ФАГ (так сокращенно называется новый метод) рекомендовано, например, пациентам при сахарном диабете как ранняя диагностика скрытых изменений при еще высокой остроте зрения. Исследование глазного дна может пройти любой пациент бесплатно по показаниям лечащего врача-офтальмолога за счет средств территориального фонда обязательного медицинского страхования Югры, сообщает пресс-служба окружной клинической больницы Ханты-Мансийска.

*Новости Югры, Сургут,
(19.02.2013)*

ФНС может отобрать у Пенсионного фонда право собирать страховые взносы

По информации «Известий», на ближайшем заседании в Открытом правительстве будет обсуждаться вопрос об объединении администрирования социальных взносов и передаче его обратно из государственных внебюджетных фондов в Федеральную налоговую службу (ФНС) — как это было до 2010 года, когда действовал единый социальный налог. С предложением лишить Пенсионный фонд России и два других социальных фонда функции по сбору взносов (на обязательное пенсионное страхование, на медстрахование и в Фонд социального страхования) выступает «Деловая Россия». По мнению ассоциации, это упростит ведение бизнеса предприятиям и как минимум в четыре раза сократит объем бумаги, затрачиваемой на отчетность.

В пресс-службе Открытого правительства «Известиям» подтвердили, что вопрос о передаче функций по сбору соцвзносов включен в повестку дня заседания. Оно, как ожидается, состоится в конце этой — начале следующей недели.

— В большинстве опросов представители малого и среднего бизнеса говорят, что администрирование налогов уже достаточно хорошее и простое, но все мучаются со взносами в ПФР, — говорит глава налогового комитета организации Марина Зайкова. — Взносы в три различных фонда платятся раз в квартал (раньше надо было раз в год), это большой объем бумаг.

Она вспоминает, что, когда все эти взносы собирала ФНС, количество потребляемой бумаги было раза в четыре меньше. А сейчас в разные фонды отчитываться надо поразному, в разное время, по различным формам.

— Для крупных предприятий дополнительный бухгалтер, который считает зарплату, — это капля в море, а для малого и среднего бизнеса эта статья затрат весьма значимая, — продолжает Зайкова. — Многие руководители малых предприятий говорят, что, если бы не отчетность в фонды, они бы не держали бухгалтеров, а просто вели бы все записи сами и один раз в год отдавали бы на аутсорсинг, чтобы им делали годовую отчетность.

В ФНС комментарий получить не удалось. Однако, по словам Марины Зайковой, этот вопрос она уже обсуждала с заместителями главы ФНС Даниилом Егоровым, Алексеем Оверчуком и Светланой Бондарчук, и они сказали, что техническая возможность у ФНС администрировать взносы в фонды, как в ПФР, так и в ФФОМС и ФСС, есть.

— Технического перевооружения ФНС не понадобится, потому что база для налогообложения одна и та же, что и по налогу на доходы физлиц, — добавила Зайкова.

С ней согласен завлабораторией бюджетного федерализма Института экономической политики имени Егора Гайдара Владимир Назаров, который считает, что ФНС без проблем справится с обязанностями не только по сбору страховых взносов, но и с администрированием данных персонифицированного учета (взносов, поступающих на накопительную часть трудовой пенсии), поскольку тот же самый учет налоговики ведут по НДФЛ и технически им не нужно будет ничего менять.

— Единственное, что надо, — это наладить информационный обмен между Пенсионным фондом и ФНС, чтобы своевременно уведомлять первый о начисленных взносах, — говорит Назаров. По его оценкам, если функция по администрированию будет изъята у ПФР, то бюджет фонда урежут примерно на 10 млрд рублей, а ФНС не потребует каким-либо образом расширять штат.

В Пенсионном фонде дали понять, что у организации, имеющей амбиции взять на себя администрирование взносов, значительно прибавится работы.

— Во всем мире принята схема, когда организация, собирающая страховые взносы, ведет и персонифицированный учет прав пенсионеров. Поэтому, когда речь заходит о смене администратора, стоит помнить о том, что кто бы ни собирал взносы, эта организация должна быть готова по

каждому работающему гражданину ежеквартально предоставлять в Пенсионный фонд сведения по уплаченным за него страховым взносам. Ведь пенсионные права должны учитываться максимально быстро, поскольку пенсия назначается за 10 дней, и таких назначений каждый год почти 3 млн, — предупреждают в ПФР.

Один из федеральных чиновников, недовольный идеей «Деловой России», в разговоре с «Известиями» вознегодовал — ведь «в 2010 году ЕСН заменили на страховые взносы и функции администрирования передали ПФР, чтобы все это упростить, чтобы все было у одного администратора».

— Ведь все эти вещи неразрывно связаны. Раньше ЕСН администрировала ФНС, а отчетность поступала в ПФР. Получилось два информационных потока, которые нужно было синхронизировать, — в итоге 1 млрд неразнесенных платежей. Кому это нужно? — спросил собеседник.

Пенсионный фонд России образован в 1990 году для управления финансами пенсионного обеспечения. Если изъять у него функции учета страховых средств, поступающих по обязательному пенсионному страхованию (ОПС) и персонифицированного учета участников системы ОПС, то у него останется достаточно обязанностей. Основные — это назначение и выплата пенсий, назначение и начисление выплат отдельным категориям граждан (ветеранам, инвалидам и др.), выдача сертификатов на получение материнского (семейного) капитала, реализация программы государственного софинансирования пенсии.

Советник президента Национальной ассоциации негосударственных пенсионных фондов (НАПФ) Валерий Виноградов считает, что ПФР вполне справляется со своими обязанностями.

— На начальном этапе, когда администрирование передали из налоговой в ПФР, у фонда были большие проблемы со сборами, но сейчас он уже привык, научился работать в этих условиях, начислять, переначислять, истребовать эти деньги, — говорит он. — Менять все обратно — это значит менять всю схему и заново все перестраивать.

Предложение передать администрирование взносов на пенсионное страхование от ПФР налоговым органам обсуждалось последний раз в 2011 году, но было отвергнуто.

*Известия, Москва,
(20.02.2013)*

Минздрав предлагает россиянам есть меньше мяса

В потребляемой пище должно быть максимально ограничено количество жиров животного происхождения при увеличении в рационе доли рыбы преимущественно холодных морей. Такие рекомендации для россиян подготовил Минздрав РФ к правительственному совещанию по здравоохранению (копия документа есть у «Известий»).

Как отмечают представители министерства в этом документе, максимальный вклад в здоровье населения вносит здоровый образ жизни. Кроме перенесения акцентов с мяса на рыбу высказываются и другие рекомендации. Суточный рацион человека должен включать не менее пяти порций овощей и фруктов. Количество соли в пище не должно превышать 8 г в сутки. Следует ограничить поступление в организм трансизомеров жирных кислот — главным образом с твердыми маргаринами и жирной пищей.

Как разъяснили «Известиям» эксперты по рыбной промышленности, упоминание именно холодных морей в рекомендациях Минздрава вполне оправданно. Чем холоднее море, тем жирнее рыба. И значит, в ней больше содержится омега-кислот, полезных для профилактики болезней сердца и сосудов. Продвижение рыбы — направление для России не новое. Росрыболовство озаботилось этим еще шесть лет назад.

— За это время потребление рыбы в стране увеличилось практически в два раза — с 12 до 21 кг на душу населения в год. Мы приблизились к Японии, где потребляют по 29 кг. Считаю, что это не предел, — рассказал руководитель центра общественных связей Росрыболовства Александр Савельев. — Кстати, в США этот показатель составляет всего 6,8 кг.

Потребление рыбы в России уже сегодня укладывается в норму Минздрава — 18–20 кг на человека в год, а на Камчатке оно и вовсе доходит до 30 кг. В Рыбном союзе (объединение рыбоперерабатывающих и торговых предприятий) опасаются, что в случае еще большего роста потребления цена на этот продукт в России возрастет. Этого можно не допустить, выращивая рыбу искусственно.

— В мире примерно половина потребляемой рыбы — искусственно выращенная, а в России на искусственное разведение приходится всего 3%. Если учесть, что мировое потребление рыбы в последние 10 лет увеличилось на 30%, искусственное выращивание следует стимулировать, особенно в России, — прокомментировал исполнительный директор Рыбного союза Сергей Гудков.

Представители молочной отрасли поддерживают пропаганду потребления рыбы, но не за счет сокращения потребления животных жиров.

— По статистике, россияне потребляют почти в два раза меньше молочных продуктов, чем в Европе: у нас — 240 л на человека в год, а у европейцев — около 400 л. Между тем у молочного жира есть определенные полезные свойства, которых нет у других жиров, в том числе у рыбьего. При этом в молочном белке содержатся аминокислоты, которые способствуют расщеплению жира. Не случайно молочная пища — главный компонент детского питания, — считает председатель правления национального союза производителей молока «Союзмолоко» Андрей Даниленко.

По мнению Даниленко, увеличивать потребление рыбы надо, но не ущемляя другие отрасли. Следует ин-

формировать о пользе рыбы, не утверждая, что другие жиры — это плохо.

В Мясном совете Единого экономического пространства признают, что в России сложилась культура потребления, противоречащая современным требованиям по питанию.

— Но производители не заинтересованы выпускать диетический продукт, потому что жир стоит в 3–4 раза дешевле, чем постное мясо. И потребителю следует смотреть на упаковке продукта содержание жира и белка, — прокомментировал президент Мясного совета Единого экономического пространства Мушег Мамиконян.

Мамиконян отметил, что в последние 12 лет в России потребление мяса постоянно растет. В Москве сейчас такие же среднестатистические показатели, как и в Европе, — около 80 кг на человека в год, что восполняет белковые потребности населения. Но в целом по России показатель около 65 кг, его следует увеличить.

Представители научной сферы подтвердили: существуют исследования, подтверждающие, что употребленные жиры полезнее, чем мяса. Но, по мнению врачей, для организма необходимы и животные жиры в достаточном количестве, особенно в холодное время года.

— Жиры вообще и животные жиры в частности — источник энергии и материал для строительства организма. В широтах с длительными холодами особенно полезно сливочное масло. Но только то, у которого срок хранения — 5–7 дней: натуральное, без консервантов и стабилизаторов. Что касается жирной рыбы холодных морей, то она, несомненно, полезна. Но рыбий жир моментально окисляется, и единственный способ воспользоваться его богатствами — быстрое замораживание рыбы, — прокомментировала иммунолог, аллерголог, диетолог клиники доктора Волкова Марина Мейлицева.

По словам Мейлицевой, легкоплавкие животные жиры — сливочное масло, барсучий и нутряной жир — очень полезны для органов дыхания. Они служат топливом для обогрева холодного воздуха. Поэтому при бронхитах и пневмониях их применяют как вспомогательные лечебные средства, а в повседневной жизни — как профилактические.

Врач-гастроэнтеролог НИИ физико-химической медицины ФМБА России Павел Масякин рассказал, что потребление животных жиров повышает в крови уровень холестерина, но и не все растительные жиры одинаково полезны. Например, пальмовое масло, подобно животным продуктам, содержит преимущественно насыщенные жиры.

Минздрав комментарий не предоставил. В пресс-службе вице-премьера Ольги Голодец сообщили, что для разработки мер по изменению структуры питания потребуются согласование с заинтересованными ведомствами.

*Известия, Москва,
(20.02.2013)*

В Москве появятся медицинские маршрутки

В Москве могут появиться специальные медицинские маршрутки, которые начнут курсировать между зданиями объединенных столичных поликлиник. Возможность организации такой транспортной сети рассмотрят столичные власти. Об этом рассказал «Известиям» замэра Москвы по вопросам социального развития Леонид Печатников. Машины будут возить больных на прием к узким специалистам и на обследования на высокотехнологичном оборудовании. Решить «транспортный вопрос» таким образом потребовал депутат Мосгордумы Евгений Герасимов, который 20 февраля направит в мэрию соответствующий депутатский запрос.

Напомним, в столице идет процесс объединения 400 городских поликлиник в 50 амбулаторно-поликлинических центров. К головной поликлинике, оснащенной по последнему слову техники и укомплектованной узкими специалистами, присоединяют по четыре-пять районных учреждений. Депутаты модернизацию приветствуют, однако сетуют на то, что на дорогу от одного врача к другому у горожан уходит уйма времени.

— Многим больным людям очень сложно добираться до поликлиник второго уровня, особенно эта проблема актуальна для пенсионеров, — говорит депутат Мосгордумы Евгений Герасимов. — К примеру, ко мне обращались жители района Строгино, которым приходится делать три пересадки на общественном транспорте, чтобы добраться в главную поликлинику в Митино. Такие же проблемы испытывают жители Дорогомилово, которым приходится ехать до Крылатского.

Леонид Печатников заявил, что москвичи стали чаще пользоваться новыми услугами. По словам чиновника, «во всех маленьких поликлиниках первого уровня количество узких специалистов не уменьшилось, но в поликлиниках второго уровня появились новые методы обследования и специалисты более высокого уровня».

— Людям надо доехать до компьютерного томографа, и оказалось, что это тоже проблема, — говорит Леонид Печатников. — Насколько возможно обеспечить транспорт за счет бюджета, пока неясно, надо рассмотреть все варианты, согласовать этот вопрос с транспортниками. Возможно, есть смысл поменять маршруты уже действующих автобусов, чтобы люди на них без пересадок добирались до поликлиник второго уровня.

Евгений Герасимов предлагает пустить по пути столичных пациентов специальные медицинские маршрутки. А на маловостребованных направлениях, по мнению парламентария, стоит организовать социальные такси для тех, кому в силу недуга трудно перемещаться на общественном транспорте. Депутат отмечает, что на спецмаршрутках льготным категориям граждан необходимо предоставить бесплатный проезд.

В пресс-службе столичного департамента транспорта и развития дорожно-транспортной инфраструктуры города заявили, что ведомство готово рассмотреть возмож-

ность создания новых маршрутов, когда получают официальное обращение из Мосгордумы.

— Подвозить людей в «продвинутые» поликлиники необходимо как минимум два раза в день, — говорит член экспертного совета пациентских организаций при Мосгордуме Елена Сорокина. — Маршрутка должна доставлять пациентов к началу приема к восьми утра, потом машина может отвезти их обратно к обеду. Второй заезд надо организовать для дневного приема, который обычно начинается в три часа. Однако есть опасность, что медицинские маршрутки могут застрять в столичных пробках, и тогда пациенты пропустят свой прием.

По мнению Елены Сорокиной, на каждое медицинское объединение необходимо выделить хотя бы по одной маршрутке. Таким образом, столице понадобится минимум 50 машин. Средняя цена микроавтобуса составляет около 1,5 млн рублей, то есть такая инициатива может стоить городу порядка 75 млн рублей.

В то же время исполнительный директор Московского транспортного союза Юрий Свешников полагает, что городу будет вполне достаточного социального такси и создание медмаршруток будет излишним.

— Ведь покупка автопарка — это только 30–50% затрат, десятки миллионов пойдут на другие расходы — водительский состав, топливо, а также оборудование транспорта ГЛОНАСС, как того требует законодательство, — заявил он.

*Известия, Москва,
(20.02.2013)*

Минздрав экономит деньги благотворителей

Министр здравоохранения Вероника Скворцова направила официальное письмо с приглашением к сотрудничеству наиболее известным благотворительным фондам. Благотворительным организациям, занимающимся сбором пожертвований для лечения тяжело больных детей, предлагается сообщать о каждом таком ребенке в министерство здравоохранения.

«Проведенный нами анализ показывает, что в достаточно большом количестве случаев помощь гражданам, для которых осуществляется сбор средств, в том числе, и для лечения в зарубежных клиниках, может быть оказана в России. Мы не зря серьезно развивали различные направления в оказании высокотехнологичной помощи — сегодня самое современное лечение можно получить не только в федеральных центрах, расположенных в столичных городах, но и в специализированных отделениях на региональном уровне. Причем лечение это будет бесплатным для пациентов — высокотехнологичная помощь у нас оказывается за счет средств федерального и регионального бюджетов», — пояснил «Российской газете» пресс-секретарь министра здравоохранения Олег Салагай.

В случаях, когда медицинская помощь не может быть оказана в России, гражданин за счет бюджетных средств может быть направлен на лечение за рубеж, уточнил представитель министерства.

Идея сотрудничества с общественными организациями родилась после того, как Вероника Скворцова дала поручение внимательнее изучить, для каких именно случаев объявляется сбор пожертвований. Очень многим детям, как оказалось, реально помочь дома, причем обеспечив достойное качество лечения.

«Это ни в коем случае не принуждение благотворителей к чему-либо и не контроль за их деятельностью, - подчеркивает Олег Салагай. - Министерство здравоохранения предлагает новый формат взаимодействия с неправительственными организациями, в рамках которого по каждому из случаев сбора средств будет оцениваться возможность организации оказания соответствующей медицинской помощи в рамках государственных гарантий».

Для этих целей определены отдельные компетентные сотрудники Министерства и создан специальный почтовый ящик help@rosminzdrav.ru.

*Российская газета, Москва,
(21.02.2013)*

То, что министр прописал

Как выбрать врача? Нужно ли отправлять детей лечиться в зарубежные клиники? Останутся ли операции по трансплантации бесплатными? На эти и другие вопросы «Российской газеты» ответила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

Вероника Игоревна, вы «молодой» министр, хотя 3,5 года работали в должности заместителя руководителя министерства. Как вы оцениваете состояние здравоохранения в стране?

Вероника Скворцова: За последние восемь месяцев мы побывали в 65 регионах. Оценили ситуацию в здравоохранении изнутри - посетили ФАПы, сельские амбулатории, поликлиники, районные и межрайонные больницы. В рамках модернизации, проведенной за 2 года, сделано много. Обновлено и отремонтировано более 4 тысяч учреждений. Переоснащено более 5,5 тысячи. В регионах появились прекрасные современные клиники, которые ничем не отличаются от клиник Москвы и Санкт-Петербурга. Соответственно, меняется и настрой профессионального медицинского сообщества.

Появление современных высокотехнологичных возможностей существенно повышает уровень мотивации к качественному труду, укрепляет стремление к достижению наилучшего результата лечения. «Пилотно» в ряде стационаров были внедрены стандарты медицинской помощи при наиболее значимых заболеваниях. Это позволило в этих стационарах повысить почти в 3 раза расходы на

лекарства и питание больных, а также увеличить зарплату врачей и медсестер на 17,4 и 16,1%. Это позитивные моменты.

А негативные?

Вероника Скворцова: Проблем немало. Одна из главных - несовершенство организации оказания медицинской помощи. У нас огромная территория, а плотность населения составляет лишь 8,4 человека на кв. километр. Причем регионов с низкой плотностью - 38 из 83, а регионов с плотностью населения выше 80 человек на кв. километр - всего 6, включая Москву и Санкт-Петербург. Разная доля сельского населения. Есть регионы, где в селах живут до 60 процентов населения. В зависимости от географических, климатических, транспортных, демографических и других факторов подходы к организации оказания медицинской помощи, к расчету необходимого количества врачей и медсестер должны быть совершенно разными. Для этого и формируется так называемая трехуровневая система.

Что это за три уровня? В чем суть?

Вероника Скворцова: Не менее 40-45 процентов от общего объема медицинской помощи должно оказываться людям в «шаговой доступности» от места жительства. В сельских амбулаториях и ФАПах, поликлиниках, районных стационарах.

«Первый уровень» включает все виды профилактики, а также лечения наиболее часто встречающихся заболеваний, когда нет угрозы жизни. «Второй», межмуниципальный, уровень создается для оказания, прежде всего, экстренной специализированной помощи при острых заболеваниях и состояниях: таких, как инфаркт, инсульт, интоксикации, травмы, комы. На «втором уровне» создаются специально оснащенные и укомплектованные мультидисциплинарные центры. Они размещаются так, чтобы довести до них больного из любой точки прикрепленной территории можно было за 30 - 40 минут, максимум, за час.

Наконец «третий уровень» - получение плановой специализированной, включая высокотехнологичную, помощи. За десятилетия в России произошел серьезный перекоп: стационарная сеть неадекватно расширена и иногда выполняет чисто социальные функции, хотя именно там сконцентрированы основные медицинские кадры и ресурсы. При этом базовый первичный уровень, который на самом деле определяет уровень здоровья людей и их удовлетворенность медпомощью, оголен. Система, которую мы выстраиваем, восстанавливает и обновляет первичное амбулаторное звено и создает эффективную структуру стационарной помощи. За последние два года обновлены около 45 000 первичных медучреждений - это сельские ФАП и амбулатории, поликлиники. Заново открыто около 4500 врачебных амбулаторий на селе. Кроме того, вводятся в действие почти 190 мобильных комплексов - это практически мини-поликлиники на колесах с бригадой врачей, прекрасным оборудованием (электрокардиографы, флюорографы, маммографы, ультразвуковые прибо-

ры и др.), позволяющим за короткое время обследовать многих пациентов. Таким образом, появляется возможность проводить качественные профилактические осмотры, выявлять заболевания на ранних стадиях, следить за состоянием хронически больных в отдаленных местах, там, где до ближайшей районной больницы больше сотни километров. Мы восстановили систему ежегодных диспансеризаций детей (до 18 лет) и вернулись к всеобщей диспансеризации взрослых.

Со своей чашкой

Вы сказали, что «второй уровень» - оказание экстренной специализированной помощи. То есть значение стационаров качественно меняется?

Вероника Скворцова: Для «второго уровня» нам нужны стационары, оснащенные так, чтобы обеспечить оперативную диагностику и сделать все необходимое для спасения жизни человека. Мы начали работу по созданию таких стационаров в 2008 году, запустив «сосудистую» программу Национального приоритетного проекта «Здоровье».

Для таких стационаров важно, чтобы они размещались вне зависимости от территориально-административного деления они должны быть межмуниципальными. При острой патологии важно доставить пациента в подготовленный для этого стационар, не превышая короткого отрезка времени - так называемого «терапевтического окна», в течение которого помощь наиболее эффективна. За это время нужно успеть больного привезти, осмотреть, сделать анализы, выбрать тактику лечения.

Работа выстраивалась так, чтобы больные поступали, минуя приемное отделение, сразу на диагностику. Чтобы время «от двери до иглы» не превышало 40 минут, максимум - час. На въезде в этих стационарах установлены экстренная лаборатория, компьютерный томограф. Предварительный осмотр занимает не более десяти минут. Врач опрашивает больного, в это же время медсестра берет кровь, отдает в экстренную лабораторию. Дальше его тут же отправляют на томографию, а за это время уже готов лабораторный анализ. Диагноз поставлен, больного направляют в отделение или сразу в операционную.

Тем не менее в некоторых местах, не столь отдаленных от Москвы, нет ничего похожего. Там в стационар больной приходит не только со своим лекарством, но и бельем... и чашкой...

Вероника Скворцова: Да, такие места до сих пор действительно есть. Но их количество с каждым годом сокращается. С 2008 года число межмуниципальных центров достигло почти 1200 по всей стране. Это, конечно, не предел. Такая организация медпомощи реально позволяет снизить показатели смертности. Когда мы посещали в 2007 году регионы, мы видели ужасающие вещи. В одном из субъектов летальность при инсультах доходила до 90 процентов.

Лечим дома

Как довести квалифицированную медицину до отдаленных территорий?

Вероника Скворцова: К концу 2013 года поставлена задача установить телемедицинскую связь ведущих кли-

ник со всеми медицинскими организациями более низкого уровня. Чтобы врачи в регионах могли круглосуточно консультироваться по поводу сложного пациента с профильными специалистами самой высокой квалификации. Видеоконсультации включают и передачу изображений с приборов - томографов, рентгеновских и ультразвуковых установок. Пилотные проекты уже отработываются. Но проблем хватает - не везде есть оптоволоконная связь, быстропроводящий Интернет. Тем не менее для нашей огромной страны развивать телемедицину необходимо. Это одно из важнейших условий качественной помощи в удаленных районах.

Как развиваются высокотехнологичные виды лечения?

Вероника Скворцова: Самые сложные операции по трансплантации органов проводятся уже в 18 региональных стационарах, причем около 40 процентов операций по пересадке почки в прошлом году уже было сделано в регионах, а не в федеральных клиниках. Результаты лечения при этом не уступают аналогичным в ведущих центрах страны. Мы стремимся к тому, чтобы выстроить самодостаточную систему здравоохранения в каждом регионе. И при этом развивать на федеральном уровне те реальные эксклюзивные возможности, которые не могут быть обеспечены повсеместно.

Насколько тогда оправданны бесконечные акции сбора денег, чтобы послать очередного ребенка на лечение за рубеж?

Вероника Скворцова: Со всей ответственностью могу заявить: у нас уже нет ограничений для детей в получении высокотехнологичной помощи. И нет длинных очередей. Все необходимые плановые операции проводятся в 10-30-дневный срок. Экстренные операции - вне очереди. В 2010 году такую помощь получили 30,9 тыс. детей, в 2011 году - 54,7 тыс., в прошлом году - более 70 тыс. детей. И только в тех редких случаях, когда необходимая операция не может быть сделана в наших клиниках, дается направление на зарубежное лечение. Притом такое лечение оплачивается государством.

На днях одно популярное издание опубликовало несколько конкретных фамилий детей, которым благотворительные фонды собирали деньги. Стали разбираться. Большинство детей, как оказалось, не требовали даже высокотехнологичной помощи. Их можно было прооперировать как в региональных, так и федеральных стационарах. У одного ребенка - косолапость, у другого - киста щеки. Я была потрясена. Мы тут же связались с министрами здравоохранения регионов. Выяснилось: к ним информация о таких детях даже не поступала. Сейчас проверяем, почему это происходит. Почему разорвана связь между департаментами здравоохранения и главврачами. Кто и почему уверяет родителей, что адекватную помощь их ребенок может получить только за пределами России или в платных клиниках. Кому это выгодно?

Исправить ситуацию, очевидно, можно только одним путем: полной открытостью...

Вероника Скворцова: Абсолютно верно. На днях мы встречались с представителями благотворительных организаций и договорились сотрудничать по каждому случаю сбора средств. В миНаш департамент по связям с общественностью возьмет под контроль каждый такой случай и обеспечит, если нужно, консультации с ведущими профильными специалистами. Мы эти факты скрывать не собираемся. Напротив, будем добиваться, чтобы люди могли получить полную и достоверную информацию о возможности необходимого лечения.

Право на выбор

Сейчас много говорится о праве пациента на выбор врача. Но о каком выборе может идти речь, если на селе врачей элементарно не хватает? А в городах если человек выбирает поликлинику не по месту жительства, ему говорят: да, мы тебя берем, но помощи на дому не будет.

Вероника Скворцова: Выбор врача - это правильный принцип в том случае, если есть из кого выбирать. В городах проще: поликлиник много. Можно выбрать ту, где лучше организована работа. Можно выбрать того участкового врача, который вам импонирует. Если выбранное медучреждение расположено недалеко от вашего дома, в одном районе, отказать в обслуживании на дому вам не могут. Но если вы выбираете поликлинику, скажем, в другом конце Москвы, вызов на дом просто невозможно осуществить.

Тогда, может быть, не надо декларировать выбор врача, чтобы не превращать это в фикцию?

Вероника Скворцова: Это далеко не фикция. Мне приходилось работать в разных странах. И для меня было дикостью, когда ребенка с высокой температурой привозят в амбулаторию и сидят четыре часа в очереди. Так происходит в Великобритании, Германии, Австрии. И только в том случае, если есть высокооплачиваемый семейный врач, вы можете пригласить его домой. Мы сохраняем сложившийся еще в советское время участковый принцип оказания первичной помощи, в том числе на дому. Но мы не можем отправлять врача на другой конец города к больному с потерей трех-четырех часов его рабочего времени, потому что лишатся помощи другие его пациенты. Повторю еще раз: у вас есть выбор. Остаться прикрепленным к своей или другой ближайшей поликлинике и сохранить прежний порядок обслуживания или осознанно выбрать другую поликлинику, допустим, ближе к работе, но с некоторыми ограничениями в обслуживании.

Уйти достойно

В законе об охране здоровья впервые прописано право на паллиативную помощь. Как сделать, чтобы благие пожелания не остались только пожеланиями? Чтобы, например, была возможность достойно, без мучений уйти раковым больным?

Вероника Скворцова: Современная медицина не всесильна. Есть больные - и взрослые, и дети, которых, к сожалению, нельзя вылечить. Но им можно помочь без боли, без мучений прожить последний период жизни. В настоящее время нет нормативных препятствий к тому, чтобы адекватно помогать таким больным. Мы подготови-

ли отдельный порядок оказания паллиативной помощи. В программе «Развитие здравоохранения» запланировано увеличение количества таких коек. Впервые на развитие паллиативной помощи выделяется до 300 млн рублей ежегодно.

Мы увеличили срок действия рецептов для таких больных. Дали возможность получать лекарства доверенным лицам. Позволили выписывать рецепты на дому, во время посещения врача. Подключены социальные службы. Но при этом жалобы пока сохраняются, хотя их количество за 1,5 года уменьшилось почти на треть.

О дефиците врачей

Вероника Скворцова: Совместно с Минобрнауки мы ввели важное изменение в закон об образовании. Теперь можно до 50 процентов приема в медицинские вузы делать целевым контрактным, «под заказ», по потребностям конкретного региона, готовить тех специалистов, которые нужны. До мая, в соответствии с указом президента, будут подготовлены 83 программы совершенствования кадровой политики - для каждого региона страны.

В год мы выпускаем около 30 тысяч врачей - этого количества достаточно при условии, если выпускники остаются работать в здравоохранении. Их нужно мотивировать оставаться в профессии. Целевой контрактный прием позволяет «закреплять» выпускников на подготовленных для них рабочих местах.

О Сергее Филине и трансплантологии

Одно из важных направлений - развитие трансплантологии. Известно, что в Минздраве готовится законопроект на эту тему.

Вероника Скворцова: Да, работаем над ним уже около двух лет. В ближайшее время начнется его широкое обсуждение. Тема сложная, если не сказать потенциально конфликтная. Закон - принципиально новый для нашей страны. Прежде всего, он вводит возможность прижизненного волеизъявления граждан относительно посмертного донорства.

Презумпция согласия, как принято, например, в Испании?

Вероника Скворцова: Не совсем так. До такого уровня общественного сознания нам надо еще дорасти. Вообще, весь мир, по сути, делится на два лагеря: один - поддерживает презумпцию согласия на посмертное донорство, другой - презумпцию несогласия. Это определяется общекультурным и религиозным строем общества. Некоторые католические страны, такие как Испания, Италия и Франция, для себя выбирают презумпцию согласия. Речь о том, что если человек при жизни не оставил особого распоряжения-возражения, то в случае его смерти его органы можно использовать для спасения больных.

Такой подход в свое время поддержал Папа Римский. Была мощная просветительская кампания среди населения со стороны церкви. Это позволило существенно развить в данных странах трансплантологию как у взрослых, так и у детей. Другие страны (например, Великобритания) выбрали презумпцию несогласия. То есть органы могут

быть посмертно изъяты только в том случае, если человек при жизни оставил письменное распоряжение-согласие. В США в разных штатах законы разные.

Как будет у нас?

Вероника Скворцова: Готовя законопроект, мы предложили два подхода. Первый - для детей. Для них, естественно, никакая презумпция согласия не приемлема. Органы могут быть взяты только с согласия одного из родителей. Для взрослых - другой подход: для них предлагаем ввести возможность прижизненного волеизъявления. Для обеспечения такой возможности будут созданы соответствующие инфраструктура и технология. В том случае, если мнения человека не отражено в единой базе, у его близких родственников будет возможность высказать свое отношение к изъятию органов в разумный промежуток времени. Законопроект впервые определит максимальное время - один час, в течение которого медицинские работники обязаны известить родственников о смерти. Это очень важно, чтобы обеспечить права граждан. Понятно, что это очень тонкие темы. Поэтому обязательно их широкое общественное обсуждение.

Сергей Филин уехал лечить глаза в Германию. А ведь когда-то именно в нашей стране были сделаны первые пересадки донорской роговицы... В США только что пришли руку от погибшего донора. Новый закон поможет и нам делать подобные чудеса?

Вероника Скворцова: Медицина к этому, надеюсь, будет готова в обозримые сроки. Но главное - должно быть готово население. В законопроекте есть и другие крайне delicate моменты. Например, что делать в том случае, если у молодого здорового человека в результате несчастного случая происходит смерть головного мозга, но с помощью современных методов реанимации у него можно долгое время поддерживать работу сердца, легких? Когда фиксировать смерть? Каковы критерии для такой констатации? Эти критерии разные для взрослых и детей, потому что детский мозг отличается особой пластичностью и способностью к восстановлению. Все эти темы были тщательно обсуждены с участием авторитетнейших специалистов - трансплантологов, детских и взрослых реаниматологов.

Можно с помощью закона так отрегулировать эту сферу, чтобы люди перестали бояться, что «в случае чего» их могут «разобрать» на органы?

Вероника Скворцова: Здесь очень важен этический момент: никогда, ни при каких обстоятельствах не должно быть сопряжения между врачами-реаниматологами и врачами-трансплантологами. У них совершенно разные, не пересекающиеся функции. Реаниматолог должен до последнего момента верить, что он сможет человека вернуть к жизни. И никогда, даже где-то на заднем плане, он не может держать в мыслях, что его пациент может «пригодиться» в качестве донора для кого-то другого. А трансплантолог, в свою очередь, тоже не должен думать, откуда брать органы для пересадки. Он должен думать только о том, как провести операцию, чтобы спасти человека. Поэтому, на мой взгляд, плюс законопроекта в том, что в служ-

бе органного донорства жестко выделяется три сегмента управления. Включая специальный средний сегмент, который отвечает за координацию всей службы.

Пересадка будет возможна на коммерческой основе или она останется бесплатной?

Вероника Скворцова: Все, что связано с частями тела человека, его жидкими средами, органами и их частями, должно быть только бесплатным. Это касается и донорства крови, и донорства клеток и тканей организма. Продавать их аморально. Более того, платное донорство содержит и большие риски. Если человек хочет заработать, он может скрыть правду о состоянии своего здоровья. Это, кстати, одна из основных причин того, почему мы настаиваем на развитии в России безвозмездного донорства крови. Можно с уверенностью сказать, что по тому, каким станет обсуждение готовящегося законопроекта, мы сможем судить о зрелости нашего общества.

О личном

Что, по-вашему, здоровый образ жизни и как его соблюдает министр Скворцова?

Вероника Скворцова: Непростой вопрос. Здоровый образ жизни - понятие интегральное. Это не только отказ от вредных привычек, но и чистая экология, качественная вода, здоровое питание, достаточная физическая активность. Это и позитивный настрой, и оптимизм. Наиболее вредоносные факторы также известны: это курение, злоупотребление алкоголем, принятие наркотических и психоактивных веществ. Нужно сказать, что Россия в последнее время принимала самое активное участие в международных мультицентровых исследованиях по всем основным направлениям формирования здорового образа жизни. По инициативе России, Первая Глобальная Министерская Конференция по здоровому образу жизни и профилактике неинфекционных заболеваний была проведена в апреле 2011 года в Москве. И Московская Декларация заложила основы для политических обсуждений на Генеральной Ассамблее ООН. В настоящее время рассматривается вопрос об организации профильного центра ВОЗ по формированию здорового образа жизни в Москве.

Лично вы не пьете, не курите. А остальное? Например, сколько раз в неделю ходите в бассейн, сколько гуляете?

Вероника Скворцова: Меня выручает оптимизм. Оптимизм и вера в то, что интенсивная и творческая работа обязательно увенчается результатом. А в бассейн... Когда есть возможность, хожу.

А возможность бывает раз в год, когда едете в отпуск на пять дней.

Вероника Скворцова: Ну, примерно так. Самое сложное для меня - это недостаточный сон. Человек должен высыпаться. В зависимости от состояния нервной системы, необходимо спать от 7 до 9 часов. У меня получается не более 5 часов. Только в выходные, с субботы на воскресенье, удается отдохнуть дольше.

*Российская газета, Москва,
(21.02.2013)*