

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ

ISSN 2221-9943



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ
Ф О Н Д
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

МЕДИЦИНСКОЕ

СТРАХОВАНИЕ

В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

3 – 2013

Расширенное заседание коллегии Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Правление Федерального фонда
обязательного медицинского страхования

Всероссийское совещание по вопросам организации
системы защиты прав застрахованных лиц в сфере
обязательного медицинского страхования



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
СТРАХОВАНИЕ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

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

**НАУЧНО–ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
№ 3, 2013**

«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

№ 3, 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 – Советник Председателя ФОМС

А. Гиуффрида – 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. Линденбрaten – Заместитель директора по научно-

исследовательской работе ФГБУ «Национальный 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.

В.В. Повод – 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 15.07.2013 года. Тираж: 2000 экз.

Формат: 205 x 275 мм. Объем: 78 полос

Адрес редакции: 000 «Издательство «Офтальмология»

127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59А. Тел.: (499) 488-87-03

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»

№ 3, 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 – Councilor of Chairman of the FCHIF

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

S.A. Karchevskaya – Deputy Chairman of the FCHIF

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

O.A. Konstantinova – Deputy Director of the Department for 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 National Research Institute of 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.

V.V. Povod – Head of the Department for Legal and International FOMI Activity

Editor-in-chief:

E.A. Politova, PhD (in Pedagogic Sciences) – Director General of the Publishing House "Oftalmologiya" Ltd.

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

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

The issue is passed for printing 15.07.2013, 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) 488-87-03

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 Observance 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

РАСШИРЕННАЯ КОЛЛЕГИЯ МИНЗДРАВА РОССИИ

Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2012 году и задачах на 2013 год. Доклад Министра здравоохранения В.И. Скворцовой на расширенном заседании коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации 24 мая 2013 года 4

ОФИЦИАЛЬНО | НОВОСТИ

Новые кадровые назначения 12

Правление Федерального фонда обязательного медицинского страхования 13

ВСЕРОССИЙСКОЕ СОВЕЩАНИЕ

Всероссийское совещание по вопросам организации системы защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования и расширенное заседание Межрегионального координационного совета 14

МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

Второй Региональный форум социального обеспечения для стран Европы Международной ассоциации социального обеспечения 20

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ

Н.А. Кравченко, В.Б. Розанов, А.В. Рагозин
Одиннадцатилетний опыт реализации программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (успехи и проблемы)
N.A. Kravchenko, V.B. Rozanov, A.V. Ragozin
Eleven-years' experience of the program of state guarantees for citizens of the Russian Federation with free medical care (successes and challenges) 22

ИСТОРИЯ ОМС

И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева, В.Н. Мокшин
Обязательному медицинскому страхованию в России 100 лет
I.A. Geht, G.B. Artemyeva, V.N. Mokshin
The 100th Anniversary of Obligatory Medical Insurance in Russia 36

ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

М.Д. Богатырева
Во главе угла - обеспечение качества медицинской помощи
M.D. Bogatyryova
At the forefront – the quality of medical care 42

В.В. Бабин, И.К. Новоселова, С.А. Рыжаков
О государственно-частном партнерстве в сфере обязательного медицинского страхования Пермского края
V.V. Babin, I.K. Novoselova, S.A. Ryzhakov
State-private partnership in the sphere of obligatory medical insurance of the Perm Territory 48

И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева
О мониторинге выполнения территориальной программы обязательного медицинского страхования в регионах
I.A. Geht, G.B. Artemyeva
Monitoring of the implementation of the territorial obligatory medical insurance program in regions 54

ДАЙДЖЕСТ НОВОСТЕЙ

Обязательное медицинское страхование и социальная политика в СМИ 58

Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2012 году и задачах на 2013 год

Доклад Министра здравоохранения В.И. Скворцовой на расширенном заседании коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации 24 мая 2013 года



Год назад после почти десятилетнего перерыва было воссоздано Министерство здравоохранения Российской Федерации. Решение вернуться к отраслевому здравоохранению министерству, вычленив его из укрупнённого социального ведомства, было встречено медицинским сообществом, организаторами здравоохранения, вузовской и научной общественностью с большим энтузиазмом, открыло новый уровень ожиданий и надежд у населения. Такой кредит доверия возложил огромную ответственность на министерство, направил все наши усилия в русло концентрированной системной работы, сочетающей стратегическое планирование с решением каждодневных тактических задач.

Основные направления необходимых преобразований в области здравоохранения определены Указами Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года и данными в их развитие поручениями Правительства Российской Федерации. В соответствии с указами за первый год работы ведомства нам предстояло разработать, представить Правительству Российской Федерации, одобрить и утвердить несколько важнейших стратегических документов. С удовлетворением хочу доложить, что благодаря нашим совместным усилиям все указанные документы были разработаны, обсуждены и утверждены в установленный срок.

Важнейшим системным документом, определяющим цели, задачи и пути развития отечественного здравоохранения до 2020 года, стала государственная программа развития здравоохранения, базирующаяся на принятом Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» и включающая 11 подпрограмм по всем основным отраслевым направлениям.

Реализация мер по повышению качества и доступности всех видов медицинской помощи населению происходит в основном в медицинских учреждениях субъектов

Российской Федерации в соответствии с условиями и потребностями каждого региона страны. Именно поэтому сотрудники министерства посетили за период с сентября по декабрь 2012 года более 60 регионов страны, тщательно ознакомились с состоянием сети учреждений здравоохранения, особенностями проживания сельского и городского населения, транспортной инфраструктурой и временными возможностями доставки больных, кадровым и технологическим наполнением отрасли. Это явилось основой для проработки совместно с руководителями здравоохранения субъектов Российской Федерации региональных сегментов государственной программы по развитию здравоохранения, а также региональных программ по совершенствованию кадровой политики, дорожных карт развития.

Позвольте мне остановиться на некоторых результатах, достигнутых за первый год нашей совместной работы. В 2012 году число умерших россиян сократилось на 26,2 тыс. человек, общий коэффициент смертности – на 1,5% по сравнению с 2011 годом и составил 13,3 на 1 тыс. населения. Устойчивая положительная тенденция к снижению смертности населения была достигнута по всем основным группам заболеваний: системе кровообращения – почти на 3%, туберкулёзу – на 12,2%, болезням от внешних причин – на 4,9%, случайным отравлениям – на 14,6%, онкологическим заболеваниям – на 0,7%. В то же время, несмотря на достигнутые за последние годы позитивные изменения медицинских показателей при дорожно-транспортных происшествиях (так, госпитальная летальность достигла 4,4%, что полностью соответствует лучшим клиникам мира, сократилось также и среднее время доставки пострадавшего в травмпункты), смертность от дорожной травмы в 2012 году увеличилась по сравнению с 2011 годом на 2,3%. Проведённый анализ показал, что повышение смертности обуслов-

«Важнейшим системным документом, определяющим цели, задачи и пути развития отечественного здравоохранения до 2020 года, стала государственная программа развития здравоохранения, базирующаяся на принятом Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» и включающая 11 подпрограмм по всем основным отраслевым направлениям».

лено увеличением тяжести аварий и количеством людей, серьёзно пострадавших в них. Решение проблемы дорожно-транспортного травматизма, безусловно, носит комплексный характер.

2012 год характеризовался и повышением рождаемости населения на 5,6% – с 12,6 до 13,3 на 1 тыс. населения. Наряду с мерами социального стимулирования семей к рождению ребёнка позитивную роль здесь сыграл весь комплекс мер по охране материнства и детства, включая организацию службы психологического консультирования беременных женщин, в том числе оказавшихся в трудной жизненной ситуации, что позволило снизить число аборт за один год на 53,9 тыс., то есть на 5,5%. На 20% увеличилось число случаев применения высокотехнологичных репродуктивных технологий для лечения бесплодия, в результате чего на свет появилось более 3 тыс. детей. Таким образом, в 2012 году достигнут перекрёст показателей смертности и рождаемости и практически остановлена убыль населения страны.

В 2012 году Министерство здравоохранения направило беспрецедентные усилия на развитие профилактики неинфекционных заболеваний, являющихся основной причиной смертности в нашей стране, как и во всём мире. Сокращение потребления табака и алкоголя, здоровое питание, физическая активность, регулярная диспансеризация населения – вот те меры, которые позволяют сохранить здоровье. Для их координации по предложению министерства была сформирована Правительственная комиссия по охране здоровья граждан, которую возглавил Председатель Правительства Дмитрий Анатольевич Медведев. В состав комиссии вошли большинство федеральных министров и руководителей федеральных служб, а также представители широкого гражданского общества. Впервые заложены основы для реализации принципа «Каждый министр должен быть министром здравоохранения».

В 2012 году подготовлен, обсуждён и принят Федеральный закон «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», содержащий в себе наиболее эффективные антитабачные меры.

В рамках концепции государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактики алкоголизма в 2012 году были введены запреты на розничную продажу алкогольной продукции в отдельных организациях и общественных местах, а также с 23 часов до 8 часов утра.

Разработан и утверждён план мероприятий по реализации основ государственной политики в области здорового питания населения на период до 2020 года. Подготовлен проект федерального закона о здоровом, в том числе горячем питании для детей в образовательных и оздоровительных учреждениях и ряда других групп населения.

За 2012 год существенно активизировалась работа центров здоровья – 502 центра для взрослых и 204 для детей. В них прошли обследование 4,5 млн человек, что на 15% превышает показатель прошлого года.

В 2012 году в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения продолжались мероприятия по дополнительной диспансеризации работающих граждан, диспансеризации подростков и детей, попавших в трудную жизненную ситуацию.

Опыт реализации указанных проектов позволил министерству разработать программу масштабной диспансеризации всего населения страны, которая стартовала в январе 2013 года. Следует подчеркнуть направленность всеобщей диспансеризации не только на раннюю диагностику уже проявившихся заболеваний, но и на выявление и коррекцию факторов риска их развития. При разработке новой программы диспансеризации населения применён дифференцированный подход к определению объёма и смыслового наполнения диспансеризации в разных половых, возрастных группах населения с учётом различий, вероятности развития тех или иных заболеваний, а также медицинской и экономической целесообразности проведения отдельных видов исследований.

Диспансеризация стала проводиться в два этапа. При выявлении тех или иных изменений при первичном скрининге здоровья пациента направляют на уточняющую диагностику с помощью современных эндоскопических, томографических, лабораторных и других методов углу-

«Впервые при участии экспертов Всемирного банка были разработаны российские клинико-статистические группы, постановлением Правительства установлены возможные альтернативные способы оплаты медицинской помощи по законченному случаю или по клинико-статистическим группам, что на сегодняшний день является самым эффективным методом оплаты».

блённого обследования. Таким образом, главной особенностью современной диспансеризации должен стать её неформальный характер. Только в этом случае диспансеризация внесёт реальный и существенный вклад в укрепление потенциала здоровья нашего населения и снижение смертности. Реализация программы диспансеризации потребовала от каждого субъекта Российской Федерации создания специальных программ, включающих мероприятия для обеспечения профилактической помощью жителей сельской местности и удалённых районов. Для появления выездной диспансеризации были закуплены и начали функционировать в 2012 году 187 мобильных профилактических комплексов. В рамках региональных программ развития здравоохранения запланировано дополнительное приобретение более 260 мобильных комплексов. Оплата мероприятий по диспансеризации с начала 2013 года осуществляется в рамках системы обязательного медицинского страхования. То есть диспансеризация абсолютно бесплатна для населения любого возраста – как работающего, так и неработающего.

Наряду с деятельностью внутри страны нами достигнут значительный прогресс в определении стратегии и тактики борьбы с неинфекционными заболеваниями на международной арене. При активном участии министерства в 2012 году сформулированы и согласованы со странами – членами ВОЗ глобальные цели по противодействию распространению неинфекционных заболеваний до 2025 года, а также система мониторинга их достижения. Разработан глобальный план действий ВОЗ по неинфекционной тематике на 2013–2020 годы, объединивший политические обязательства стран-членов и инструментарии по их практической реализации на страновом уровне. Подготовлен совместно с американскими и европейскими партнёрами проект резолюции ВОЗ о создании целевой группы ООН в рамках ЭКОСОС (Экономический и социальный совет ООН), где планируется председательство Российской Федерации.

Заботясь о развитии профилактической помощи, огромное внимание министерство уделяло совершенствованию оказания всех видов медицинской помощи, связанных с лечением и реабилитацией больных. В те-

чение 2012 года продолжалась реализация программ модернизации здравоохранения, начатых в 2011 году, для обеспечения которых государством было выделено более 664 млрд рублей. В рамках программ модернизации завершено строительство 71 учреждения здравоохранения, ремонт почти 2,5 тыс. учреждений, переоснащено почти 5 тыс. учреждений, для чего приобретено более 288 тыс. единиц медицинского оборудования. Это привело к тому, что за 2012 год фондооснащённость государственных учреждений здравоохранения увеличилась на 60% по отношению к 2011 году – с 7,7 тыс. рублей на 1 кв. м до 12,9 тыс.

Наряду с инфраструктурной модернизацией большое внимание уделялось совершенствованию планирования объёмов медицинской помощи, её финансового обеспечения, оптимизации организационной логистики, развитию кадрового потенциала.

Впервые в 2012 году программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи была разработана на трёхлетний период, и таким образом был обеспечен необходимый горизонт планирования.

Впервые в эту программу были включены нормативы объёмов финансирования по профилактике, диспансеризации населения, неотложной и паллиативной помощи, что позволило концентрировать финансовые ресурсы на этих значимых приоритетных направлениях. За период с июля по декабрь 2012 года Министерством совместно с аппаратом главных внештатных специалистов и их обновлёнными комиссиями (более 7 тыс. ведущих профессоров страны) были разработаны, утверждены и размещены на официальном сайте 60 порядков оказания медицинской помощи и 797 стандартов медицинской помощи по всем классам заболеваний и видам медицинской помощи.

Впервые при участии экспертов Всемирного банка были разработаны российские клинико-статистические группы, постановлением Правительства установлены возможные альтернативные способы оплаты медицинской помощи по законченному случаю или по клинико-статистическим группам, что на сегодняшний день является самым эффективным методом оплаты. Это позволило полностью исключить устаревшие формы оплаты по ва-

ловым показателям – койко-дню, посещению, которые приводят к экстенсивным, неэффективным финансовым расходам на здравоохранение.

Важно отметить, что с 2012 года реализуются возможности действия полиса ОМС на всей территории страны вне зависимости от того, на территории какого субъекта Российской Федерации он выдан.

В рамках региональных программ развития здравоохранения каждый субъект Российской Федерации разработал логистику оказания медицинской помощи на своей территории в соответствии с правилами организации трёхуровневой системы и порядками оказания медицинской помощи. Такой подход обеспечивает доступность всех видов помощи, независимо от уровня её сложности, каждому гражданину, проживающему в регионе, в установленные сроки.

Хотелось бы ещё раз акцентировать внимание на абсолютном приоритете выстраивания комфортной для населения первичной медико-санитарной помощи, помощи шаговой доступности. С января 2013 года благодаря программам модернизации медицинская помощь сельским

Уважаемые коллеги! Во время наших встреч, совещаний и активов мы часто говорили о том, что инфраструктурные и логистические преобразования, проводимые в здравоохранении всех регионов, должны быть тщательно продуманными и максимально удобными для населения, ради которого они и проводятся. Тем не менее не обошлось без ошибок, когда необоснованно закрывались ФАПы и филиалы ЦРБ, не проводилась разъяснительная работа с населением, позволяющая понять преимущества преобразований. Наша задача – избежать этого впредь. Опыт Чувашии, Татарстана, Сахалинской области и многих других регионов демонстрирует возможность не только безболезненного, но и горячо поддерживаемого населением перехода к более современным и эффективным формам оказания медицинской помощи. В этих регионах новая система вызревала без декларативной отмены старой. Население в течение переходного периода могло само выбирать между старой и новой системами и выбирало лучшее.

В 2012 году обеспеченность россиян высокотехнологичной медицинской помощью выросла на 40,7% по

«С 2012 года реализуются возможности действия полиса ОМС на всей территории страны вне зависимости от того, на территории какого субъекта Российской Федерации он выдан. В рамках региональных программ развития здравоохранения каждый субъект Российской Федерации разработал логистику оказания медицинской помощи на своей территории в соответствии с правилами организации трёхуровневой системы и порядками оказания медицинской помощи. Такой подход обеспечивает доступность всех видов помощи, независимо от уровня её сложности, каждому гражданину, проживающему в регионе, в установленные сроки».

жителям начала оказываться в обновлённых 4534 врачебных амбулаториях, 3769 офисах врачебной общей практики и почти 40 тыс. фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктах. Нам предстоит продолжить эту работу в ближайшие годы в рамках реализации региональных программ развития здравоохранения. Формирование второго уровня системы оказания медицинской помощи – межмуниципальных центров необходимо для решения стратегической задачи своевременного оказания экстренной специализированной медицинской помощи при жизнеугрожающих состояниях, при тех заболеваниях, которые определяют структуру смертности россиян. За 2012 год мы увеличили количество межмуниципальных центров более чем в 2 раза – с 571 до 1169, но работа, конечно же, не завершена. В ряде регионов сеть учреждений второго уровня выстроена лишь на 50–60%.

сравнению с 2011 годом. Во многом это связано с существенным увеличением объёма высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой медицинскими учреждениями регионов, более чем в 3 раза за один год – с 35 тыс. до 120 тыс. пациентов. Более 40% всех трансплантаций почки в 2012 году проводилось уже на уровне регионального здравоохранения.

Повышению доступности высокотехнологичной медицинской помощи способствовало и введение в эксплуатацию пяти федеральных высокотехнологичных центров: двух – сердечно-сосудистой хирургии – в Перми и Калининграде, нейрохирургического – в Новосибирске, двух – травматологии, ортопедии и эндопротезирования – в Смоленске и Барнауле. За 2012 год данные центры уже пролечили почти 9 тыс. больных и достигли хороших результатов работы.

Важнейшим приоритетом отечественного здравоохранения является развитие медицинской помощи матерям и детям. По мнению ВОЗ, показатели младенческой и материнской смертности являются индикаторами, по которым можно судить о зрелости и эффективности национальной системы здравоохранения.

В конце 2011 года мы достигли самого низкого показателя младенческой смертности за всю историю нашей страны – 7,4 на 1 тыс. родившихся живыми по отечественным критериям. Это позволило перейти с 2012 года на международные критерии живорождения. Подобный переход для любой страны является серьёзным вызовом. По расчётам экспертов ВОЗ, основанных на методе Dellaportes, младенческая смертность в России должна была повыситься до 14,5, то есть почти на 100%. Однако благодаря реализации целого комплекса мер младенческая смертность в 2012 году повысилась лишь на 19% – до 8,7 на 1 тыс. родившихся живыми.

Хотелось бы отметить, что результаты первых месяцев 2013 года – весьма обнадеживающие и свидетельствуют о последовательном снижении младенческой смертности: за I квартал года – уже до 8,3.

Важно подчеркнуть, что в регионах с уже выстроенной трёхуровневой системой службы родовспоможения и неонатологии, имеющих действующие перинатальные центры, младенческая смертность продолжала снижаться, несмотря на новые критерии регистрации, и достигла

тационной помощи, преемственной, максимально индивидуализированной, начинающейся в остром периоде заболевания в профильных отделениях стационаров и продолжающейся в специализированных реабилитационных подразделениях – стационаров, дневных стационаров и амбулаторных служб. В 2012 году министерством совместно с профильным экспертным сообществом разработан и утверждён порядок медицинской реабилитации граждан. В регионах были развернуты 2704 стационарные реабилитационные койки, открыто 227 коек в дневных стационарах, начата подготовка мультидисциплинарных реабилитационных бригад.

Нельзя забывать и о тех, кого уже нельзя вылечить, но, безусловно, можно помочь, ослабить страдания и боль. Министерством утверждён порядок оказания паллиативной медицинской помощи, регулирующей целый спектр практически значимых и очень важных для человека вопросов. В настоящее время обеспеченность койками паллиативной помощи в нашей стране недостаточна – в 2 раза ниже, чем в странах европейского региона, и она должна быть увеличена в ближайшие годы.

Уважаемые коллеги! Общее количество больничных коек в нашей стране снизилось с 1990 года на 60% – со 137,4 до 84,1 на 10 тыс. населения. Необходимость развития коечной сети, формирования служб паллиативной помощи, медицинской реабилитации и ухода, а также

«Одной из ключевых задач нашей отрасли является реальное обеспечение конституционного права каждого гражданина страны на бесплатное получение медицинской помощи в государственных и муниципальных медицинских учреждениях».

от 4,3 до 6,5, тогда как в других регионах увеличилась до 12–21. Таким образом, многократный разрыв между регионами очевидно доказывает необходимость внедрения современной перинатальной службы на всей территории страны, и мы благодарим руководство страны и Правительство страны за поддержку этого направления.

По результатам предварительного статистического анализа, за 12 месяцев 2012 года в Российской Федерации достигнуто беспрецедентное снижение материнской смертности на 18,5% за год – с 16,2 до 13,2 на 100 тыс. родов. 25 регионов достигли уровня развитых европейских стран – ниже 10. Нам нужно удержать эти результаты, продолжить их снижение и уменьшить межрегиональное различие. Важным вектором оптимизации работы всей системы здравоохранения, в том числе высвобождение от непрофильной деятельности интенсивных коек круглосуточного наблюдения, является развитие реабили-

ожидаемый прирост численности населения старших возрастных групп делает дальнейшее сокращение коечного фонда нецелесообразным, поскольку может привести к снижению доступности медицинской помощи, оказываемой населению бесплатно.

Мы должны сконцентрировать наши усилия на оптимизации коечного фонда, высвобождении коек острого периода за счёт интенсификации их работы и перепрофилирования их в койки для долечивания, реабилитации и ухода. Это приведёт к существенной экономии средств. Хотелось бы подчеркнуть, что в соответствии с международными российскими требованиями при оптимизации коечной сети необходимо учитывать плотность населения, протяжённость территории и возможности транспортной доступности. Сокращение коек в маломощных медицинских учреждениях, расположенных в ряде районов Дальнего Востока, Севера, Якутии и некоторых

других регионах страны, невозможно как в силу низкой транспортной доступности, так и сложных климатогеографических особенностей.

Одной из ключевых задач нашей отрасли является реальное обеспечение конституционного права каждого гражданина страны на бесплатное получение медицинской помощи в государственных и муниципальных медицинских учреждениях. Сложившееся в 1990-е и 2000-е годы недофинансирование отечественного здравоохранения привело к широкому распространению оказания платных медицинских услуг государственными учреждениями, причём по основным уставным профилям их деятельности, а также спровоцировало всплеск нелегитимных соплатежей. Системообразующий федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан» определил случаи, когда определённые виды помощи и немедицинские услуги могут оказываться за плату. Принятое в 2012 году постановление Правительства детализировало положение закона.

В 2013 году объём финансового наполнения программы государственных гарантий позволяет её реализовать по всем основным классам заболеваний за счёт страховых взносов и средств бюджетов, без привлечения ресурсов пациентов. В случае чрезвычайно дорогостоящих заболеваний законодательно разрешено взаимодействие с благотворительными фондами, которые готовы рассматривать вместе с Министерством обоснованность обращения с точки зрения отсутствия дублирования государственных гарантий и активно помогать при подтверждённой необходимости.

Изжить въевшиеся привычки, сложившийся стереотип поведения медицинских работников мы должны все вместе. Этому будут способствовать те положительные изменения, которые происходят с увеличением зарплаты медицинских работников, введением в регионах дополнительных мер социальной поддержки и особых условий труда. Вместе с тем восстановление этических норм требует постоянной серьёзной работы, в том числе ужесточения государственного и ведомственного контроля и надзора.

В 2012 году переработаны регламенты проверок Росздравнадзора, введены новые формы инспекций, исполнения порядков оказания медицинской помощи, реализации программы государственных гарантий, соблюдения принципов бесплатной медицинской помощи, подготовлены поправки в КоАП, позволяющие расширить полномочия службы по быстрому реагированию на выявленные нарушения.

Системообразующую роль в интеграции всех уровней оказания медицинской помощи играет информатизация здравоохранения. За 2012 год в медицинские организации поставлено более 286 тыс. единиц компьютерной техники, количество локальных медицинских сетей выросло в 3,5 раза. В 4 тыс. медицинских организаций внедрён сервис «Запись на приём к врачу в электронном виде». С момента его ввода 1 декабря 2012 года им вос-

пользовалось около 7 млн россиян. Конечно, это ничтожно мало по сравнению с обращаемостью россиян. 2013 год, как мы надеемся, завершит этот фрагмент работы. Почти в 2,5 тыс. медицинских организаций обеспечена возможность ведения электронной медицинской карты и загружено в федеральный сервис более 36 млн электронных карт, что составляет на сегодняшний день около 26% численности населения страны. В 2803 медицинских организациях обеспечена возможность обмена этими медицинскими данными. Около 19 тыс. автомобилей санитарного транспорта и более 2,5 тыс. станций и отделений скорой медицинской помощи оснащены спутниковой навигацией ГЛОНАСС. Создан электронный каталог «Российская медицина» с общим объёмом библиографических записей уже превышающих 500 тыс. Организована и введена в работу учебная электронная библиотека по 36 медицинским специальностям, оцифровано более 3 тыс. полнотекстовых документов и около 600 книг. Это наши первые шаги в области информатизации отрасли. Совместно с Министерством связи и экспертным сообществом мы ускоряем реализацию всех проектов. Надеемся на качественные изменения к концу 2013 года, в том числе поэтапное внедрение компьютерного рабочего места врача с возможностями дистанционного непрерывного образования, телеконсультаций с коллегами, помощи в принятии решений, а также уменьшением объёма бумажного документооборота.

Функционирование системы здравоохранения невозможно без достаточного количества подготовленных медицинских работников. Совершенствование медицинского образования и кадровой политики – важнейшее направление нашей деятельности. Ядром системы подготовки врачебных кадров являются 46 вузов Минздрава, выпускающие 32 тыс. медицинских и фармацевтических специалистов в год, в том числе 26 тыс. обучающихся на бюджетной основе. Ежегодный выпуск интернов и ординаторов составляет 22 тыс. человек. Независимый анализ установил лидирующие позиции медицинских вузов Минздрава в общеузовских рейтингах на основе среднего балла ЕГЭ у поступивших в 2012 году – мы заняли первое место. Все вузы Минздрава России признаны Министерством образования и науки эффективными.

За осенний семестр 2012 года министерством совместно с учебно-методическим объединением и советом ректоров медицинских и фармацевтических вузов были обновлены типовые рабочие программы по основным фундаментальным биомедицинским дисциплинам и дисциплинам терапевтического профиля с учётом аналогичных программ лучших медицинских школ мира. Оптимизирована логистика построения учебного процесса. За период с октября по декабрь 2012 года повышение квалификации по фундаментальным направлениям биомедицины прошёл весь основной профессорско-преподавательской состав вузов.

Для развития системы непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздравом был соз-

дан специальный межведомственный координационный совет. Учебно-методическими объединением совместно с советом ректоров, президиумом РАМН, Медицинской национальной палатой разработана и представлена на обсуждение концепция развития непрерывного медицинского образования, в том числе с использованием дистанционных форм обучения и современных образовательных технологий.

На 1 января 2013 года в медицинских организациях России работали 2 млн 162 тыс. медицинских работников, из них в государственном здравоохранении – 639,3 тыс. врачей и почти 1 млн 300 тыс. работников со средним медицинским образованием.

Расчёты, проведённые в каждом регионе страны на основе учёта плотности населения и других особенностей, показали, что абсолютный дефицит врачей снизился за последние годы до 40 тыс. человек, тогда как дефицит средних медицинских работников вырос до 270 тыс. Дефицит врачей в отсутствие кадрового дисбаланса мы могли бы компенсировать за четыре года. Однако за последние десятилетия в отрасли сложились грубые кадровые диспропорции. Это и дисбаланс в обеспеченности разными профильными специалистами с острой нехваткой одних и избытком других, и дисбаланс в обеспеченности врачами сельской местности и городов, амбулаторных и стационарных учреждений, стационаров разного уровня.

При такой ситуации гармонизировать врачебный состав отрасли мы сможем не ранее 2018 года при условии сохранения существующих объёмов подготовки в вузы и увеличения доли целевой подготовки в интернатуре и ординатуре. Новая форма целевой контрактной подготовки играет особенно важную роль в устранении кадровых диспропорций в каждом конкретном регионе страны. В 2012 году мы нарастили число целевых мест в федеральных вузах до 38,5%. Существенно облегчили кадровое наполнение сельского здравоохранения программа «Земский доктор», которая привлекла на село около 8 тыс. молодых специалистов, а также разработанные поправки в Трудовой кодекс, разрешающие сельским врачам дежурство на дому.

Объём ежегодной подготовки специалистов со средним медицинским образованием составляет около 63 тыс. человек. Трудоустройство выпускников колледжей и училищ составляет 90–95%, однако уже к окончанию первого года работы в отрасли остаются 20% из них. Устранение существующего на сегодняшний день дефицита средних медицинских работников может быть осуществлено не ранее чем через пять-семь лет при условии увеличения субъектами Российской Федерации, к ведомству которых относятся училища и медицинские колледжи, контрольных цифр приёма по программам среднего медицинского образования на 50%, то есть до 90 тыс. человек в год, как это было 20 лет назад, в том числе целевого приёма – до 50% от общего объёма подготовки, но главное – при условии реализации субъектами мер

социальной поддержки данной категории медицинских работников для сохранения их в отрасли. В 2012 году министерство разработало комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения медицинскими кадрами, определяющих стратегические направления кадровой политики. На его основе органами управления здравоохранения субъектов Российской Федерации составлены региональные кадровые программы. Их экспертиза и проведённая доработка позволили министерству согласовать на сегодняшний день 52 из 83 программ и рекомендовать их к утверждению органами государственной власти субъектов. Работа с остальными региональными кадровыми программами продолжается.

Уважаемые коллеги! Нельзя забывать о том, что медицинский работник выполняет стратегически значимую функцию – охрану здоровья населения. Этот труд должен достойно оплачиваться. В соответствии с указом Президента размер оплаты труда врача к 2018 году должен планомерно достичь размера, двукратно превышающего среднюю зарплату по региону, а среднего и младшего медицинского персонала – сравняться со средней. Министерство разработало соответствующие дорожные карты, на основе которых органами государственной власти субъектов созданы и утверждены по согласованию с Минздравом региональные программы повышения оплаты труда работникам.

Отмечу, что в I квартале 2013 года общий объём финансовых средств из федерального фонда ОМС, доведённых до регионов на оказание медицинской помощи, увеличился на 61%, включая деньги на фонд оплаты труда. Сохранены все стимулирующие выплаты в объёме 119,4 млрд рублей. Тем не менее в ряде регионов и отдельных медицинских организациях в начале 2013 года было допущено временное снижение уровня заработной платы в связи с поздним принятием необходимых нормативных актов, недостаточно проработанными решениями тарифных комиссий субъектов Российской Федерации. Для сбора информации о таких фактах Министерством была обеспечена работа горячей линии. Обращений поступает немало, и по каждому из них проводится проверка. Коллеги, невозможно решить все эти проблемы из федерального министерства. Мы призываем вас самих самым внимательным образом относиться к исполнению указа Президента и оперативно реагировать на все жалобы по снижению зарплат медицинских работников.

2012 год был ознаменован и подготовкой Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года, призванной систематизировать уже существующие в России элементы регулирования фармацевтического рынка в интересах наиболее полного удовлетворения потребности населения в лекарствах. Первый период реализации Стратегии начат. Он посвящён прежде всего гармонизации нормативной базы и созданию системы рационального применения лекарственных препаратов. В 2012 году в целях создания эффективного механизма, позволяющего исключить нео-

боснованный рост цен на лекарства и не допускающего сокращения ассортимента лекарств в аптечных учреждениях, Минздравом совместно с Федеральной службой по тарифам внесены изменения в Методику установления предельных отпускных цен на лекарственные препараты, включённые в перечень жизненно необходимых и важнейших.

Совместно с пациентским и фармацевтическим сообществами осуществлена разработка проекта федерального закона о внесении изменений в действующий закон «Об обращении лекарственных средств». В настоящее время проект внесён в Правительство Российской Федерации. Обеспечивая насущные потребности населения в медицинской помощи и лекарственном обеспечении, мы не должны забывать и о развитии биомедицины, о формировании персонализированных подходов к профилактике и лечению, о разработке и внедрении высокоэффективных инновационных технологий. Медицина завтрашнего дня – это биомедицинская наука сегодня. Министерством здравоохранения совместно с Российской академией медицинских наук, ведущими экспертами федеральных учреждений, Российской академии наук, МГУ, Курчатовского центра и других научных институтов разработана, прошла широкомасштабное обсуждение и утверждена распоряжением Правительства Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года. В Стратегии определены 14 научных платформ по наиболее актуальным и перспективным биомедицинским направлениям. Мероприятия научных платформ, детализированные до проектов и продуктов, являются основой для формирования государственных заданий федеральным учреждениям, а также для программно-целевого финансирования. И в 2012 году впервые научные исследования проводились подведомственными министерству учреждениями в рамках государственного задания, основанного на указанных стратегических платформах. Это дало первые позитивные результаты. Отмечено серьёзное повышение публикационной активности в рецензируемых отечественных и зарубежных изданиях, что свидетельствует о качестве, актуальности и востребованности проводимых работ.

Для преодоления межведомственной разобщённости при планировании и реализации научных проектов был сформирован и начал активную деятельность научный совет Министерства, в который вошли ведущие эксперты из разных областей медицинской науки. Работа Министерства здравоохранения, безусловно, основана на взаимодействии с профессиональными медицинскими сообществами. Осенью 2012 года был обновлён аппарат

главных внештатных специалистов по 70 основным медицинским профилям, а также состав их экспертных комиссий и постоянно действующих рабочих групп. В целом данное экспертное сообщество включило более 7 тыс. ведущих российских профессоров из всех 83 регионов страны.

Министерство в постоянном режиме взаимодействует с Общественной палатой, общественными организациями в сфере здравоохранения, врачебными сообществами. 5 октября 2012 года впервые после 30-летнего перерыва был проведён первый национальный съезд врачей, который открывали Вы, Дмитрий Анатольевич. В работе съезда приняли участие почти 6 тыс. делегатов из всех регионов России. Серьёзное обсуждение всех насущных проблем отрасли нашло отражение в резолюции съезда. Делегатами съезда были приняты обращение к населению о необходимости повышения ответственности за сохранение своего здоровья, а также этический кодекс врача.

Большой вклад в развитие Министерства и формирование открытого формата его деятельности вносит работа в рамках Открытого правительства. Необходимо отметить, что в настоящее время все нормативные правовые акты Министерства размещаются в сети интернет для длительного общественного обсуждения и представления предложений, которые тщательно анализируются и учитываются в работе.

При Министерстве создан совет общественных организаций по защите прав пациентов. Расширяется взаимодействие с благотворительными организациями.

Дорогие коллеги! Сегодняшняя коллегия Министерства здравоохранения не только подводит итоги первого года нашей совместной работы, но и обозначает все основные направления плана деятельности нашего ведомства и отрасли на перспективу. По сути, сегодня мы проводим профессиональное общественное обсуждение предстоящей работы.

Важно отметить, что масштаб накопившихся в отрасли за последние десятилетия инфраструктурных, кадровых, финансово-экономических и других проблем требует параллельного развития всех взаимосвязанных и взаимообуславливающих отраслевых блоков. Мы уверены, что, действуя коллегиально и слаженно, сможем решить все те задачи, которые поставлены перед отечественным здравоохранением руководством страны, Правительства и самой жизнью.

www.rosminzdrav.ru

Новые кадровые назначения

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия



Мальсагов Мурат Багаудинович назначен на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия на основании Распоряжения Правительства Республики Ингушетия от 22 марта 2013 г. № 192-р.

М.Б. Мальсагов 1971 г.р. Окончил Орджоникидзевский финансовый техникум, Северо-Кавказскую академию государственной службы по специальности «Государственное и муниципальное управление».

В 1989 г. — ревизор-инспектор в Назрановском райфо.

1989-1991 гг. — служба в рядах Вооруженных сил.

1991-1995 гг. — экономист в АОЗТ «Амик».

1995-1997 гг. — ведущий специалист, главный специалист Министерства финансов Республики Ингушетия.

1997-1998 гг. — начальник отдела УФК по Республике Ингушетия.

1998-2006 гг. — заместитель министра финансов Республики Ингушетия. 2006-2008 гг. — финансовый директор в ООО «Автоклуб», в ЗАО «Страховая компания «ЛК-Сити».

С декабря 2008 г. — заместитель министра финансов Республики Ингушетия.

С мая 2011 г. — министр финансов Республики Ингушетия.

С марта 2013 г. возглавил Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия.

Заслуженный экономист Республики Ингушетия.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Костромской области



Николаев Владимир Евгеньевич назначен на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Костромской области на основании Распоряжения Администрации Костромской области от 02.04.2013 г. № 72-ра.

В.Е. Николаев 1975 г.р. Окончил Костромской технологический университет по специальности «Экономика и управление на предприятии», квалификация «Экономист-менеджер», институт дополнительного профессионального образования Костромского технологического университета по программе «Государственное и муниципальное управление».

1997-1998 гг. — государственный налоговый инспектор Государственной налоговой инспекции по г. Костроме.

1998-2013 гг. — начальник отдела финансово-экономической деятельности; заместитель начальника Департамента – начальник отдела экономики и финансово-экономического анализа; первый заместитель директора Департамента; заместитель директора Департамента здравоохранения Костромской области.

2013 г. - и.о. директора ТФОМС Костромской области.

Правление Федерального фонда обязательного медицинского страхования

18 июня 2013 года

О ПРОЕКТЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА «ОБ ИСПОЛНЕНИИ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗА 2012 ГОД»

В соответствии с подпунктом 2 пункта 18 Устава Фонда, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 29.07.1998 № 857 (в редакции от 27.10.2008), правление Фонда рассмотрело представленный проект федерального закона «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2012 год» (далее – законопроект) и отмечает, что законопроект разработан в соответствии с Бюджетным кодексом Российской Федерации. Финансовая деятельность Федерального фонда обязательного медицинского страхования осуществлялась в 2012 году в соответствии с целями, установленными Федеральным законом «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2012 год и на плановый период 2013 и 2014 годов».

Бюджет Фонда за 2012 год исполнен по доходам в сумме 966,5 млрд. рублей и по расходам 932,1 млрд. рублей.

Профицит бюджета сложился в сумме 34,4 млрд. рублей за счет поступления страховых взносов сверх утвержденных объемов.

В соответствии с законом о бюджете в 2012 году Фондом осуществлены расходы на:

финансовое обеспечение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 640,6 млрд. рублей;

финансовое обеспечение программ и мероприятий по модернизации здравоохранения – 267,2 млрд. рублей, в том числе на осуществление единовременных компенсационных выплат медицинским работникам – 7,7 млрд. рублей;

оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни - 17,6 млрд. рублей;

проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан – 4,0 млрд. рублей;

проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, - 0,9 млрд. рублей.

Решение Правления Федерального фонда обязательного медицинского страхования:

Одобрить проект Федерального закона «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2012 год».

ОБ ОТЧЕТЕ О РЕЗУЛЬТАТАХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗА 2012 ГОД

Правление Федерального фонда обязательного медицинского страхования рассмотрело отчет о результатах деятельности ФОМС за 2012 год и отметило, что деятельность Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2012 году была направлена на решение следующих основных задач:

- обеспечение финансовой устойчивости системы

обязательного медицинского страхования и создание условий для выравнивания финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования на всей территории Российской Федерации;

- реализация мероприятий и программ по модернизации здравоохранения;

- организация защиты прав и законных интересов застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования;

- контроль за соблюдением законодательства об обязательном медицинском страховании и использованием средств.

Решение Правления Федерального фонда обязательного медицинского страхования:

Утвердить Отчет о результатах деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2012 год.

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

10 июня 2013 г., Казань



Фото: Ринат Сафин

Президент Республики Татарстан Р.Н. Минниханов и Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко посетили новый офис ТФОМС Республики Татарстан

В Казани состоялось Всероссийское совещание Федерального фонда обязательного медицинского страхования с участием директоров территориальных фондов ОМС всех субъектов Российской Федерации по вопросам организации защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования.

В ходе совещания обсуждались актуальные вопросы развития способов оплаты медицинской помощи и системы контроля качества медицинской помощи, повышения эффективности защиты прав застрахованных граждан, реализации прав граждан на выбор медицинской организации, обеспечения застрахованных полисами обязательного медицинского страхования и мониторинга экспертной деятельности страховых медицинских организаций.

Представители территориальных фондов поделились достигнутым опытом организации системы оплаты специализированной помощи и медицинской помощи по клинко-статистическим группам в сфере обязательного медицинского страхования.

Кроме того, был затронут широкий круг вопросов, касающихся реализации принятой правительством Российской Федерации Программы развития здравоохранения до 2020 года. Поскольку одним из приоритетных направлений Программы является развитие профилактики и здорового образа жизни россиян, на Всероссийском форуме активно обсуждались вопросы организации и проведения диспансеризации, определенных групп населения как важного фактора сохранения здоровья.



Председатель ФОМС Н.Н. Стадченко вручила Президенту Республики Татарстан Р.Н. Минниханову Памятный знак «20 лет обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации»

В тот же день Президент Республики Татарстан Р.Н. Минниханов и Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко посетили новый офис ТФОМС Республики Татарстан.

В фонде была организована презентация ИТ-проекта «Барс-Страхование», который объединяет всех участников оказания медицинской помощи, включая в себя подсистемы межтерриториального расчета, экспертизы качества, единого расчетного центра, паспорта медицинских организаций, реестра врачей-экспертов. Преимуществами ИТ-проекта являются единое информационное пространство, которое объединяет всех участников процесса, возможность контролировать, анализировать и прогнозировать ситуации, взаимодействие с медицинскими системами и др. На сегодня проект, разработанный «Барс Групп» для ТФОМС Республики Татарстан, используется в семи регионах.

Важными направлениями для дальнейшего развития информатизации в рамках обязательного медицинского страхования Р.Н. Минниханов назвал такие, как взаимодействие всех заинтересованных структур, актуализация электронных баз данных, а также персонализированный учет граждан. По его словам, это позволит избежать многих проблем в работе фонда.

Р.Н. Минниханов передал Н.Н. Стадченко Благодарственное письмо Президента Республики Татарстан коллективу Федерального фонда обязательного медицин-

ского страхования – за плодотворное сотрудничество и вклад в развитие системы обязательного медицинского страхования.

Председатель ФОМС, в свою очередь, отметила, что в современных условиях тех результатов, которые показывает Татарстан, можно достичь только благодаря профессионализму, совместной работе, заинтересованности в результате. Президенту Республики Татарстан был вручен Памятный знак «20 лет обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации».

В рамках рабочей поездки в Казань Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко посетила Республиканскую клиническую больницу, где осмотрела специализированное приемно-диагностическое отделение больницы для приема экстренных пациентов.

Делегация ФОМС ознакомилась с работой реанимационного зала, операционных, диагностических кабинетов и ситуационного центра, в котором были продемонстрированы возможности видеосвязи с врачами центральных районных больниц республики.

Был отмечен высокий уровень организации медицинской помощи больницы, необходимой для лечения пациентов с самыми тяжелыми заболеваниями, и высокая оснащенность клиники современным оборудованием.



Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

РЕШЕНИЕ

Всероссийского совещания по вопросам организации системы защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования и расширенного заседания Межрегионального координационного совета

10 июня 2013 года

г. Казань

I. О саморегулируемых медицинских организациях в сфере обязательного медицинского страхования

(Фаррахов)

принять к сведению представленную информацию;

II. Развитие системы защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования в рамках региональных программ «Развитие здравоохранения». Контроль качества медицинской помощи

(Кравчук, Стадченко, Хлабутина)

Территориальным фондам обязательного медицинского страхования, страховым медицинским организациям:

осуществлять организацию и поведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по программам обязательного медицинского страхования в соответствии с порядком, установленным приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230;

в соответствии с образовательной программой подготовки специалистов, осуществляющих контроль объема и качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования (направлена в территориальные фонды ОМС письмом от 06.02.2012 № 562/60-2/и) обеспечить в срок до 01.07.2014 организацию подготовки по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС специалистов, осуществляющих контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в том числе экспертов качества медицинской помощи, проводящих экспертизу качества медицинской помощи по соответствующей специальности.

Территориальным фондам обязательного медицинского страхования:

Обеспечить исполнение обязательств по реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования и программ развития здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств обязательного медицинского страхования;

обеспечить представление в Министерство здравоохранения Российской Федерации сведений мониторинга реализации региональных планов мероприятий «Изменения в отраслях социальной сферы, направленных на повышение эффективности здравоохранения» в плановом объеме.

III. Опыт работы ФОМС Нижегородской области, направленной на повышение эффективности защиты прав застрахованных (создание единой информационно-аналитической базы обращений граждан, организация мобильных представительств, проведение мониторинга удовлетворенности населения качеством медицинской помощи).

(Хлабутина, Стадченко)

Территориальным фондам обязательного медицинского страхования, страховым медицинским организациям:

при проведении во II полугодии 2013 года анкетирования застрахованных лиц обратить особое внимание на оценку деятельности медицинских организаций частной формы собственности;

рассмотреть размеры штрафных санкций, применяемых к медицинским организациям по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по программам обязательного медицинского страхования.

IV. Организация проведения реэкспертиз в Саратовской области

(Гроздова)

Территориальным фондам обязательного медицинского страхования:

при организации и проведении повторных медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи руководствоваться объемными показателями реэкспертиз, предусмотренными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (в редакции приказа ФОМС от 16.08 2011 № 144);

Членам Межрегионального координационного совета:

в срок до 24.06.2013 направить в Федеральный фонд ОМС на электронный адрес esmirnova@ffoms.ru предложения по разработке Методических указаний «Об организации работы комиссии по вопросам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»;

Федеральному фонду ОМС:

рассмотреть поступившие предложения, подготовить проект Методических указаний «Об организации работы комиссии по вопросам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

V. Результаты мониторинга экспертной деятельности страховых медицинских организаций в 2012 году (опыт Санкт-Петербурга)

(Карачевцева)

Федеральному фонду ОМС:

рассмотреть целесообразность внесения изменений в Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный приказом ФОМС от 01.12.2010 № 230, в части введения единого минимального объема плановых и целевых медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи;

Территориальным фондам обязательного медицинского страхования, страховым медицинским организациям:

при формировании и согласовании Планов деятельности страховых медицинских организаций в части организации и проведения контроля, в том числе планы проверок страховыми медицинскими организациями медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по договорам на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

скому страхованию, предусматривать не менее 40% тематических плановых медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи в целях выполнения объемных показателей плановых экспертиз, предусмотренных приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230.

VI. Диспансеризация населения – важный фактор сохранения здоровья

(Артемяева)

принять к сведению представленную информацию и поддержать предложение об использовании при анализе результатов диспансеризации показателей динамики здоровья застрахованных лиц;

Территориальным фондам обязательного медицинского страхования, страховым медицинским организациям:

обеспечить своевременную оплату проведения диспансеризации.

VII. О способах оплаты специализированной медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования Белгородской области

(Калашников, Фаррахов, Стадченко)

принять к сведению представленную информацию;

Федеральному фонду ОМС:

рассмотреть целесообразность использования оплаты медицинской помощи на основе медико-экономических стандартов с учетом федеральных стандартов по заболеваниям, имеющим наибольший удельный вес в структуре смертности и заболеваемости субъекта Российской Федерации.

VIII. Опыт работы ТФОМС Томской области по внедрению оплаты стационарной помощи по клинко-статистическим группам

(Козлов, Фаррахов, Железнякова)

Территориальным фондам обязательного медицинского страхования:

активизировать мероприятия по переходу оплаты стационарной медицинской помощи, предоставляемой по ОМС, по клинко-статистическим группам;

обеспечить взаимодействие с органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации при определении размера коэффициентов коррекции стоимости по группам заболеваний;

повысить требования к предоставлению медицинской организацией информации об оказанной медицинской помощи;

представить в срок до 01.07.2013 в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования предложения и рекомендации по изменению классификации клинко-статистических групп;

Федеральному фонду ОМС:

изучить опыт пилотных территорий, поступившие предложения и рекомендации территориальных фондов ОМС, внести изменения в классификацию клинко-статистических групп до 30 сентября 2013 года.

IX. Оплата медицинской помощи по клинко-статистическим группам на территории Кировской области

(Полякова)

принять к сведению представленную информацию;

Территориальным фондам обязательного медицинского страхования, страховым медицинским организациям:

при проведении медико-экономического контроля обеспечить установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов стационарной медицинской помощи способу оплаты по клинко-статистическим группам.

Х. Вопросы обеспечения застрахованных лиц полисами обязательного медицинского страхования

(Нечепоренко, Козлов, Стадченко)

принять к сведению представленную информацию;

Территориальным фондам обязательного медицинского страхования:

в срок до 25 июня провести мероприятия по актуализации регионального сегмента и центрального сегмента единого регистра застрахованных лиц, в том числе:

- дополнить недостающие сведения о застрахованных лицах;
- снять с учета застрахованных лиц, по которым завершился срок действия страхования в соответствии с действующим законодательством, в том числе:

по результатам информационного взаимодействия с органами записи актов гражданского состояния;

старшего возрастного интервала с 90 лет и более;

в установленный срок (до 01.07.2013) представить отчет «Сведения о численности лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию» (Форма № 8) с учетом проведенных мероприятий по актуализации;

осуществлять регулярный мониторинг состояния регионального и центрального сегмента единого регистра застрахованных лиц, в том числе с использованием единой интегрированной системы сбора и обработки информации.

XI. О реализации Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» в части ведения регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц и осуществления гражданами права на выбор медицинской организации.

(Самарина)

принять к сведению представленную информацию;

Территориальным фондам обязательного медицинского страхования:

в целях реализации прав застрахованных лиц на выбор медицинской организации из числа участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования усилить контроль за исполнением медицинскими организациями обязанности в соответствии с п. 5.14 договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию представлять сведения в страховую медицинскую организацию о численности застрахованных лиц;

обеспечить предоставление страховыми медицинскими организациями сведений о численности застрахованных лиц, прикрепленных к медицинским организациям, в территориальные фонды обязательного медицинского страхования.

Председатель Федерального фонда ОМС,
Председатель Межрегионального
координационного совета

Н.Н. Стадченко

Второй Региональный форум социального обеспечения для стран Европы Международной ассоциации социального обеспечения



В период с 27 по 31 мая 2013 года делегация Федерального фонда обязательного медицинского страхования посетила Турцию (г. Стамбул) для участия во 2-м Региональном форуме социального обеспечения для стран Европы Международной ассоциации социального обеспечения (МАСО).

Был изучен опыт функционирования систем социального обеспечения стран Европейского региона в условиях продолжающегося социально-экономического кризиса, определены основные направления деятельности ФОМС по интеграции системы обязательного медицинского страхования Российской Федерации в мировую систему социального обеспечения.

Сложные экономические и демографические условия в странах Европы снизили финансовую устойчивость

структур социального обеспечения. В странах Европы значительно вырос спрос населения на социальные пособия, при этом наблюдается существенный рост числа получателей пособий среди молодежи и женщин. Одновременно из-за снижения уровня занятости и стагнации роста зарплат снизился уровень поступления страховых взносов администраторам социального обеспечения. Кроме того, необходимо решать долгосрочные задачи, связанные с финансированием здравоохранения и пенсионных систем в условиях старения европейского населения.

По данным МАСО население Европейского региона приблизилось к 800 млн. человек, из которых более двух третей составляют городские жители. Более 20% европейского населения составляют лица старше 60 лет. К 2030 году их доля вырастет почти до 30%. В Западной Европе эти цифры составляют 24% и 32% соответственно. В среднем Западная Европа тратит на государственное социальное обеспечение примерно 25% ВВП, при этом большая часть (около 18%) идет на программы денежных пособий, остальное – на здравоохранение. Аналогичные показатели для стран СНГ составляют около 14% ВВП, из которых 10% тратится на пособия, остальная часть средств – на здравоохранение. Общий уровень занятости в еврозоне на 3,5 млн. человек ниже, чем до кризиса, при этом почти 19 млн. человек зарегистрированы как безработные. Длительно безработные (находящиеся в поиске работы 12 и более месяцев) составляют 42% всех безработных. Около 12,7% европейской молодежи в возрасте от 15 до 24 лет в настоящее время нигде не учится и не работает.

Важной проблемой и негативной тенденцией последних пяти лет в работе органов социального обеспечения является их неспособность в полной мере выполнять



Заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования С.А. Карчевская участвует в панельной дискуссии «Предупредительные и профилактические стратегии развития системы социального обеспечения»

свои задачи, снижение качества государственных услуг, рост неравенства доходов и бедности в некоторых европейских странах. Принятые меры, проведенные в рамках укрепления финансового положения Евросоюза и необходимости экономии бюджетов на социальные нужды, поколебали доверие населения к системам социального обеспечения, к их способности финансового обеспечения социальной сферы и выплаты пособий в необходимых объемах.

Экономическая рецессия привела к сокращению инвестиций в профилактические меры, что отрицательно сказывается на вопросах охраны труда. Одновременно с этим повысилась интенсивность труда и рабочая нагрузка, что приводит к увеличению количества несчастных случаев на производстве и росту профессиональной заболеваемости.

В ходе обмена информацией и опыта в сфере основных направлений деятельности органов и систем социального обеспечения в Европе были определены основные рекомендации:

1. В целях сохранения всеобщего характера для населения и повышения финансовой устойчивости необходимо проведение реформирования систем социального обеспечения, в том числе путем координации между органами социального обеспечения разных стран, так как это позволит в большей степени удовлетворять потребности мигрирующего населения.
2. Необходимо сосредоточить усилия и помощь группам населения, в наибольшей степени пострадавшим от кризиса - молодежи и женщинам в целях сохранения трудовых ресурсов и создания условий для инвестирования в их будущее развитие. Поддержка работающих семей позволила повысить долю женщин на рынке труда. Развитие частичной занятости, помощь в поиске разумного баланса между работой и семьей, увеличение вариантов трудоустройства помогает поддерживать финансовую устойчивость системы и одновременно удовлетворить потребности категорий населения, желающих больше времени проводить с семьей, пройти переквалификацию, заняться научной работой или хобби.
3. Необходимо усилить проведение профилактических мероприятий в таких областях, как предотвращение производственного травматизма, возвращение к трудовой деятельности, создание безопасной рабочей среды, пропаганда и поддержка здорового образа жизни.

4. Осуществлять применение современных информационно-коммуникационных технологий, позволяющих повысить качество обслуживания и расширить доступ к информации для застрахованных лиц и населения в целом. При этом необходимо учитывать, что даже в Европе доступ к пользованию интернет-сетями не является всеобщим и многие граждане, в том числе из наиболее уязвимых групп, по-прежнему предпочитают традиционные формы коммуникации.

В ходе форума заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования С.А. Карчевская приняла участие в дискуссии по вопросу «Предупредительные и профилактические стратегии развития системы социального обеспечения», в которой информировала, что в настоящее время в Российской Федерации значительное внимание уделяется вопросам оказания медицинской помощи детскому населению, снижению младенческой и материнской смертности.

Было отмечено о выстраивании в каждом российском регионе высокоэффективной трехуровневой системы оказания медицинской помощи детям и в службе родовспоможения, о завершении периода адаптации, связанного с переходом в России с января 2012 года на рекомендованные ВОЗ новые критерии учета детей, рожденных с малым весом на ранних сроках беременности. За 2012 год удалось добиться положительной динамики в процессе снижения младенческой и материнской смертности в Российской Федерации.

Также приведена информация о проведенной модернизации системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации, о расширении прав граждан на свободный выбор страховой медицинской организации, медицинской организации и врача.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования продолжит дальнейшее взаимодействие с Международной ассоциацией социального обеспечения, использование исследовательского потенциала структур МАСО и обобщение опыта в целях содействия осуществления российских реформ и совершенствования социальных гарантий населению в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе в вопросах усиления профилактических мероприятий, внедрении современных информационно-коммуникационных технологий.

УДК 614.2

Одиннадцатилетний опыт реализации программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (успехи и проблемы)

Н.А. Кравченко, В.Б. Розанов, А.В. Рагозин

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова», Москва



Н.А. Кравченко



В.Б. Розанов



А.В. Рагозин

Резюме

В статье проанализирован одиннадцатилетний опыт реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Федеральных округах. Отмечены не только проблемы, но и позитивные изменения в реализации Программы государственных гарантий. Обоснована настоятельная необходимость

как дифференциации нормативов формирования территориальных программ госгарантий, так и методики оценки их реализации.

Ключевые слова: медицинская помощь, объем медицинской помощи, стоимость объема медицинской помощи, реализация программы государственных гарантий.

Abstract

Eleven-years' experience of the program of state guarantees for citizens of the Russian Federation with free medical care (successes and challenges)

N.A. Kravchenko, V.B. Rozanov, A.V. Ragozin

I.M. Sechenov first Moscow State Medical University, Moscow

The paper analyzed the eleven-year experience implementing the program of state guarantees the provision of Russian Federation citizens free health care in the federal districts. Marked not only problems, but also positive changes in the implementation of the program of state guarantees. Justified an urgent need, as the differentiation of standards

formation of territorial programs of state guarantees, and so methods of evaluation of their implementation.

Key words: medical care, amount of care, cost of medical care, implementation of the program of state guarantees.

В целях обеспечения конституционных прав граждан Российской Федерации на получение медицинской помощи (МП) Правительство РФ своим Постановлением от 11 сентября 1998 года № 1096 впервые утвердило «Программу государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью», при этом Базовая программа обязательного медицинского страхования стала ее составной частью [1, 2].

Трудно переоценить значимость данной Программы государственных гарантий как важнейшего и единственного на сегодня механизма государственного регулирования здравоохранения, обеспечивающего соблюдение равных конституционных прав граждан на МП за счет государственных источников финансирования.

Более 85% всех средств, отпускаемых государством на финансирование здравоохранения, расходуется ежегодно именно на реализацию Программы государственных гарантий. Основные нормативные показатели видов и объемов МП населению, а также финансовые нормативы являются основой для перехода от сметного финансирования к формированию государственных годовых заданий медицинским организациям и оплате МП, ориентированной на результат [3].

В 2000 году норма об утверждении Программы государственных гарантий была закреплена Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья (в редакции Федерального закона от 02.12.2000 года № 139-ФЗ, статья 20 «Право граждан на медико-социальную помощь»), уточнена в 2004 году и подтверждена в новом Федеральном законе Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статья 10 «Доступность и качество медицинской помощи» [4, 5].

Особо следует подчеркнуть тот факт, что начиная с 2006 года, Правительством Российской Федерации ежегодно устанавливаются финансовые нормативы стоимости единиц объемов МП и нормативы расходов государственных средств в расчете на одного жителя (далее – подушевые нормативы).

В 2006 году Федеральным законом о разграничении полномочий от 29.12.06 г. № 258-ФЗ [6] определена структура Программы, которая должна определять виды МП, нормативы ее объемов и финансовых затрат на единицу объема, подушевые нормативы финансирования и порядок формирования тарифов на МП. Кроме того, Программа государственных гарантий дополнена введением критериев качества и доступности МП, такими как:

- удовлетворенность населения медицинской помощью;
- число лиц, страдающих социально значимыми болезнями, с установленным впервые в жизни диагнозом;
- число лиц, в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами;
- смертность населения;
- смертность населения в трудоспособном возрасте;

- смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний;
- смертность населения от онкологических заболеваний;
- смертность населения от внешних причин;
- смертность населения в результате дорожно-транспортных происшествий;
- материнская смертность;
- младенческая смертность;
- доступность медицинской помощи на основе оценки реализации нормативов объема медицинской помощи по видам в соответствии с Программой, а также установленных территориальной программой сроков ожидания гражданами медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке;
- эффективность использования ресурсов здравоохранения (кадровых, материально-технических, финансовых и других).

Закон закрепляет, что Программа государственных гарантий утверждается Правительством Российской Федерации. Органы государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с ней утверждают территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной МП (далее – территориальные программы госгарантий), в которых могут определять, при наличии соответствующих ресурсов, дополнительные виды и объемы МП.

С 1998 года Правительство Российской Федерации утверждало Программу государственных гарантий одиннадцать раз.

В 2006, 2007, 2009 и 2011 годах были внесены существенные дополнения в законодательство и нормативно-правовые акты в сфере здравоохранения, а также в Бюджетный Кодекс Российской Федерации [6, 7, 8, 9].

Впервые законодательно установлены полномочия федеральных органов государственной власти и органов государственной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан по разработке, утверждению Программы государственных гарантий и разработке, утверждению и реализации территориальных программ госгарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной МП. Однако, что касается нормативов МП населению, то они свелись только к росту числа посещений и подушевых нормативов в среднем по Российской Федерации. По-прежнему нет их дифференциации по регионам.

Формирование Программы государственных гарантий, как на федеральном, так и на территориальном уровнях, утверждается по трем группам нормативов [10]:

1. Нормативы объемов предоставляемой МП в расчете на 1-го или 1000 жителей в год по числу:

- вызовов скорой МП (включая санитарную авиацию);
- врачебных посещений населением амбулаторно-поликлинических учреждений (включая посещения врачами на дому и вызовы неотложной МП при поликлиниках);

- койко-дней госпитализации больных в круглосуточные стационары (больницы);
 - пациенто-дней в дневных стационарах всех типов.
2. Нормативы финансовых затрат на единицу утвержденного объема МП в виде стоимости (в рублях):
- 1-го вызова скорой МП (включая санитарную авиацию);
 - 1-го посещения амбулаторно-поликлинических учреждений;
 - 1-го пациенто-дня лечения в дневных стационарах;
 - 1-го койко-дня лечения в больничных учреждениях и других медицинских организациях (центрах) или их соответствующих структурных подразделениях.
3. Подушевые нормативы финансового обеспечения по видам МП (в рублях) и соответственно:
- на 1-го человека в год всего, в т.ч. по амбулаторно-поликлинической помощи, скорой медицинской помощи, стационарной МП и помощи в дневных стационарах.

В территориальных программах госгарантий перечисленные показатели рассчитываются более подробно по профилям врачебных специальностей в амбулаторно-поликлинических учреждениях; по профилям мест в дневных стационарах всех типов и профилям коек в стационарах круглосуточного пребывания.

Анализ показателей реализации Программы проводится ежегодно, как по видам МП, так и источникам финансирования: за счёт средств местных бюджетов, бюджетов субъектов РФ, федерального бюджета; за счёт средств ОМС и других источников.

С 2001 года внедрена единая система мониторинга показателей реализации территориальных программ госгарантий в субъектах Российской Федерации на основе статистической отчетной формы № 62, которая с 2007 года стала федеральной формой государственного статистического наблюдения, утвержденной Росстатом (Приказ от 29 июля 2007 года № 154 «Об утверждении статистического инструментария для организации Минздравсоцразвития России федерального статистического наблюдения в сфере здравоохранения»).

На основании данных, представленных в сводных отчетах субъектов Российской Федерации по форме № 62, Минздравсоцразвития России совместно с Федеральным фондом ОМС ежегодно проводит анализ основных показателей реализации Программы государственных гарантий по стране в целом, по Федеральным округам и субъектам Российской Федерации. Результаты анализа представляются в виде Доклада в Правительство Российской Федерации. Кроме того, большинство показателей этого Доклада используется Министерством регионального развития Российской Федерации для включения их в систему критериев по оценке эффективности расходования бюджетных средств и деятельности органов ис-

полнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения.

Доклад о ходе реализации Программы государственных гарантий рассматривается на заседаниях Правительства Российской Федерации.

С нашей точки зрения, сегодня настало время, когда нужно изменить подход как к формированию территориальных программ госгарантий в субъектах Российской Федерации, так и методике их оценки. Проблема формирования и, особенно, оценки реализации Программы госгарантий состоит в том, что устанавливаемые этим документом нормативы объемов МП являются расчетными среднестатистическими показателями по Российской Федерации, которые не изменялись в течение многих лет (и на это были основания). Они не дифференцировались по регионам в зависимости от территориальной доступности бюджетных услуг (плотности транспортных путей постоянного действия; расселения и проживания жителей региона в труднодоступных районах, горных районах, районах с ограниченными сроками завоза груза; доли населения, проживающего в мелких населенных пунктах), а также демографических особенностей региона (удельного веса жителей в возрасте от 0 до 17 лет и старше трудоспособного возраста) [11, 12, 13]. Сегодня эти нормативы не отражают также изменения в технологиях оказания амбулаторной и стационарной МП на основе внедрения современных достижений медицинской науки в области диагностики и лечения заболеваний. Хотя каждый раз в методических документах по Программе госгарантий указывается, что «субъекты могут определять дополнительные виды и объёмы медицинской помощи». Так почему же оценка реализации Программы проводится по среднероссийскому показателю? Отсюда вытекает проблема некорректности применяемой Минздравсоцразвития так называемой «комплексной оценки», по которой проводится ранжирование субъектов Российской Федерации на 4 группы по степени достижения ими среднероссийского целевого показателя (норматива): I уровень – высокий (70-100% показателей соответствуют нормативу); II уровень – выше среднего (50-70% показателей соответствуют нормативу); III уровень – ниже среднего (40-49% показателей соответствуют нормативу); IV уровень – низкий (менее 40% количества показателей соответствуют среднероссийскому нормативу). Спрашивается, «а почему в субъекте N должно быть так, как сложилось в среднем по Российской Федерации?». Как быть, если региональные особенности (географическое положение, климат, заболеваемость, структура населения и производства) таковы, что эти показатели заведомо будут иными (больше или меньше)? Почему не попытаться разработать методику оценки, максимально учитывающую особенности регионов? Тем более нельзя с таким подходом к оценке Программы госгарантий использовать результаты её реализации для «оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти». Во многом это может дискредитировать регионы и

вызвать нежелательные последствия «подгонки» показателей под средний «стандарт».

Учитывая вышеизложенные проблемы, в 2011 году нами разработана «Методика адаптации федеральных нормативов объемов медицинской помощи к территориям с учётом их региональных особенностей» [14].

Оказание высокотехнологичной специализированной МП, которая с 2006 года входит составной частью в Программу госгарантий, являясь совместным расходным обязательством Российской Федерации (федеральный бюджет) и субъектов Российской Федерации (бюджет субъекта), а её предоставление осуществляется на основе государственного задания (квот) в организациях здравоохранения различных организационно-правовых форм и уровней подчиненности, что позволяет обеспечить направленные государственное регулирование, повышение доступности и качества этого вида МП всем гражданам страны, независимо от места их проживания.

Следует подчеркнуть, что внесенные законодательные и нормативные изменения по Программе госгарантий потребовали изменения системы учета объемов МП и их финансирования в зависимости от условий их предоставления. Поэтому, в соответствии с Федеральными законами от 29 декабря 2006 года № 258-ФЗ [6] и от 26 апреля 2007 года № 63-ФЗ [15], и иными нормативно-правовыми актами органы управления здравоохранением субъекта Российской Федерации совместно с территориальными фондами ОМС с 2008 года осуществляют раздельный учет объемов МП и их финансирования в соответствии с типами медицинских организаций, участвующих в реализации территориальных программ госгарантий. Программы госгарантий из года в год совершенствуются. Так, особенностью Программы государственных гарантий Российской Федерации на 2009 явилось значительное (на 70%) увеличение размера финансовых нормативов, в расчете на 1 жителя – 7633,4 руб. по сравнению с 4503 руб. в 2008 году, а также установление единых подходов к формированию размера взносов на ОМС неработающих граждан. Впервые был прописан раздел по единой структуре территориальной программы госгарантий и критериям эффективности реализации территориальных программ государственных гарантий. Рекомендованы эффективные способы оплаты МП медицинским организациям, ориентированные на результаты их деятельности.

Программой государственных гарантий на 2010 год увеличены размеры норматива объема амбулаторной МП до 9,5 посещений и 0,59 пациенто-дней на одного жителя при одновременном сокращении объема стационарной МП.

Особенностями формирования и реализации территориальных программ госгарантий в 2011 году явились [8]:

- увеличение норматива объема амбулаторной МП с 9,5 посещений до 9,7 посещений на одного жителя в год с учетом включения деятельности врачебно-физкультурных диспансеров и центров планирования семьи в базовую программу ОМС;

- оказание МП в условиях учреждений санаторного типа за счет средств системы обязательного медицинского страхования;
- установление в рамках территориальной программы госгарантий регионального норматива обеспеченности населения врачебными кадрами;
- выполнение территориальной программы госгарантий в условиях реализации программы модернизации здравоохранения субъекта Российской Федерации позволит оплачивать за счет средств системы ОМС расходы, не предусмотренные базовой программой ОМС, – затраты на капитальный и текущий ремонт, закупку дорогостоящего оборудования для медицинских учреждений и др.

Определенный научно-практический интерес представляет анализ данных из ежегодных Докладов Минздравоохранения Правительству Российской Федерации по реализации Программы государственных гарантий. Такой анализ проведен нами за период 2001-2011 годов с целью определения дальнейшего вектора развития этого направления. Динамика показателей реализации Программы госгарантий приведена как в целом по Российской Федерации, так и в разрезе федеральных округов (ФО), по видам МП и их финансовому обеспечению.

Так, на рис. 1 и 2 представлены данные об объемах фактически оказанной амбулаторно-поликлинической помощи. Анализ показывает, что нормативные объемы врачебной помощи в посещениях на 1 жителя в год (9,198) были достигнуты в целом по Российской Федерации только к 2009 году, в основном за счет включения в них посещений к среднему медперсоналу на самостоятельном приёме. По Центральному ФО эти показатели были достигнуты уже к 2005 году. В таких Федеральных округах, как Северо-Западный, Южный и Дальневосточный, эти показатели и в 2010 году были значительно ниже нормативных показателей по Российской Федерации. Возникает вопрос, почему с 2001 году эти регионы не могут достигнуть нормативных показателей амбулаторно-поликлинической помощи? Ответ напрашивается сам по себе. Очевидно, методика нормирования этой помощи не учитывает региональные особенности субъектов Российской Федерации. Это подтверждается данными тех регионов, где имеются сложные условия транспортной доступности врачебной помощи, в силу редкоочагового расселения сельского населения, сложных климатогеографических условий (бездорожье, отсутствие мостов через реки, горы, заболоченность и др.), препятствующие регулярному транспортному сообщению между населенными пунктами, что имеет место в районах Сибири, Алтая, Дальнего Востока и горных районах Кавказа. Материалы нашего исследования показывают, что нормативы объемов амбулаторно-поликлинической помощи по некоторым субъектам Российской Федерации в дальнейшем должны быть скорректированы в сторону уменьшения с учетом коэффициентов расселения и транспортной доступности, или же в этих регионах широкое развитие

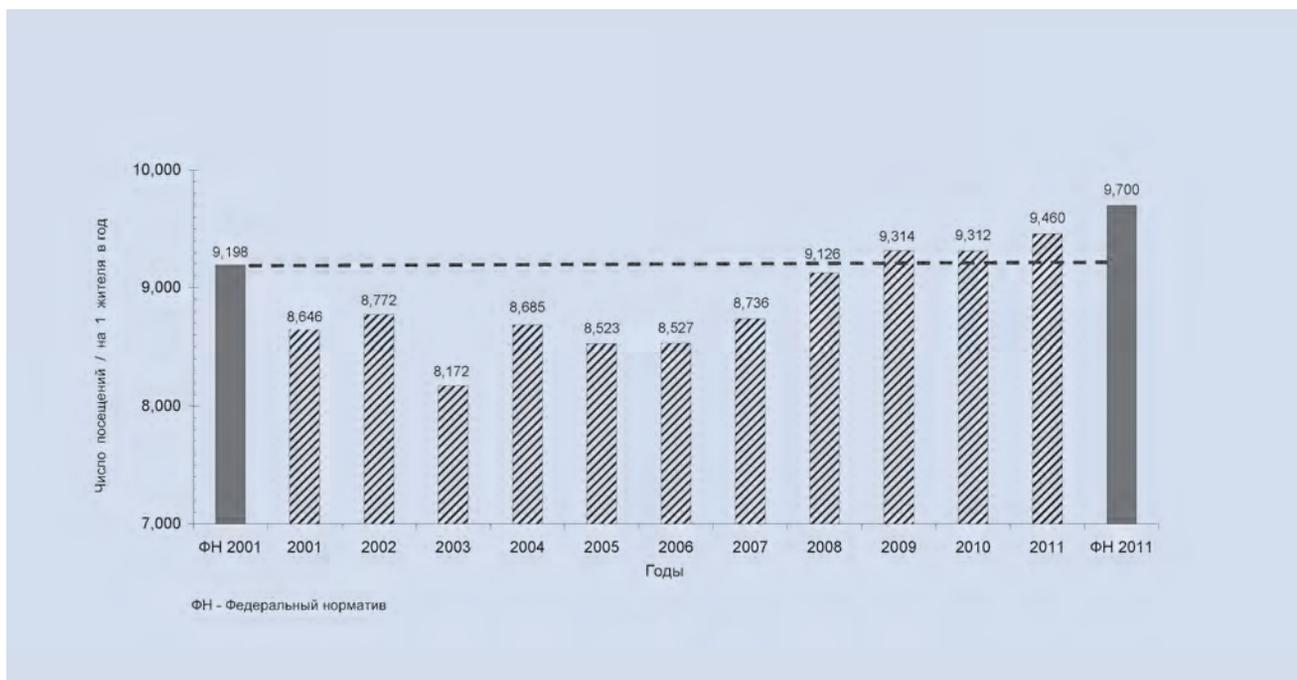


Рис. 1. Динамика объемов амбулаторной медицинской помощи населению Российской Федерации

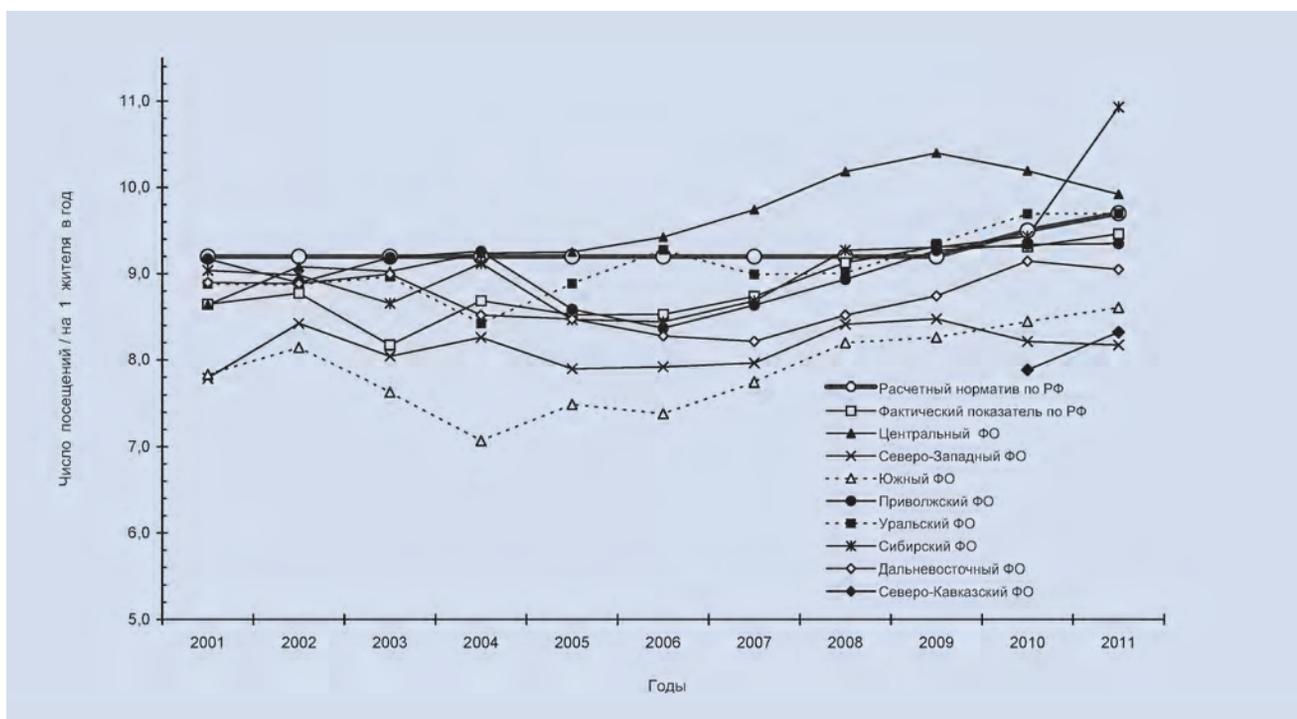


Рис. 2. Динамика объемов амбулаторной медицинской помощи населению Российской Федерации (по федеральным округам)

должны получить мобильные формы оказания МП - передвижные медицинские (лечебно-профилактические) комплексы и дистанционное консультирование, основанное на современных телекоммуникационных технологиях. Совершенно противоположная и вполне объяснимая

картина представлена на рис. 3, где показана динамика показателей стоимости единицы объема амбулаторной МП (т.е. посещения). Видно, что по большинству федеральных округов (кроме Южного и Сибирского) стоимостные показатели выше, чем в среднем по России. Так,

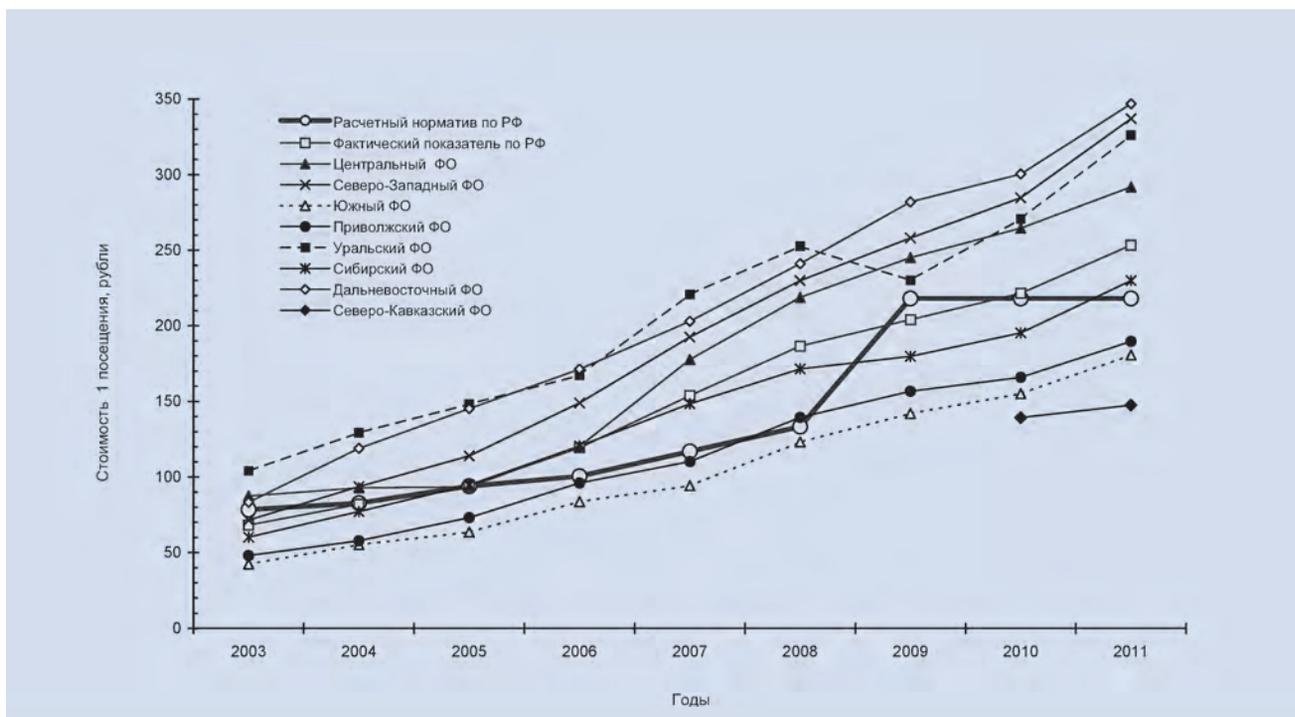


Рис. 3. Динамика стоимости единицы объема амбулаторной медицинской помощи населению Российской Федерации (по Федеральным округам)

если в 2008 году расчетный норматив стоимости одного посещения пациентов к врачу (включая посещения врачом на дому) составлял 133,3 руб., а по факту, в целом по Российской Федерации, он уже был превышен в 2006 году

По большинству федеральных округов (кроме Приволжского и Южного) фактическая стоимость одного вызова к врачу превышала как средний расчетный норматив, так и средний фактический показатель по Российской Федерации

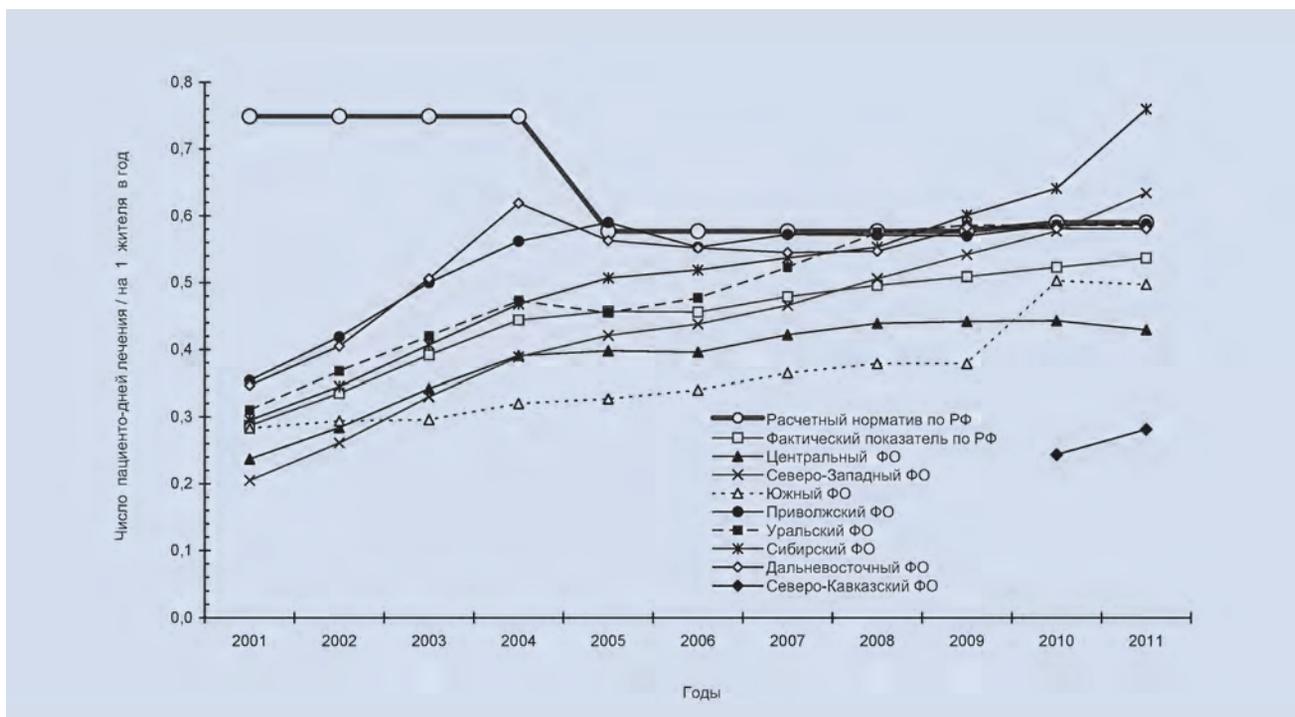


Рис. 4. Динамика объемов медицинской помощи в дневных стационарах населению Российской Федерации (по федеральным округам)

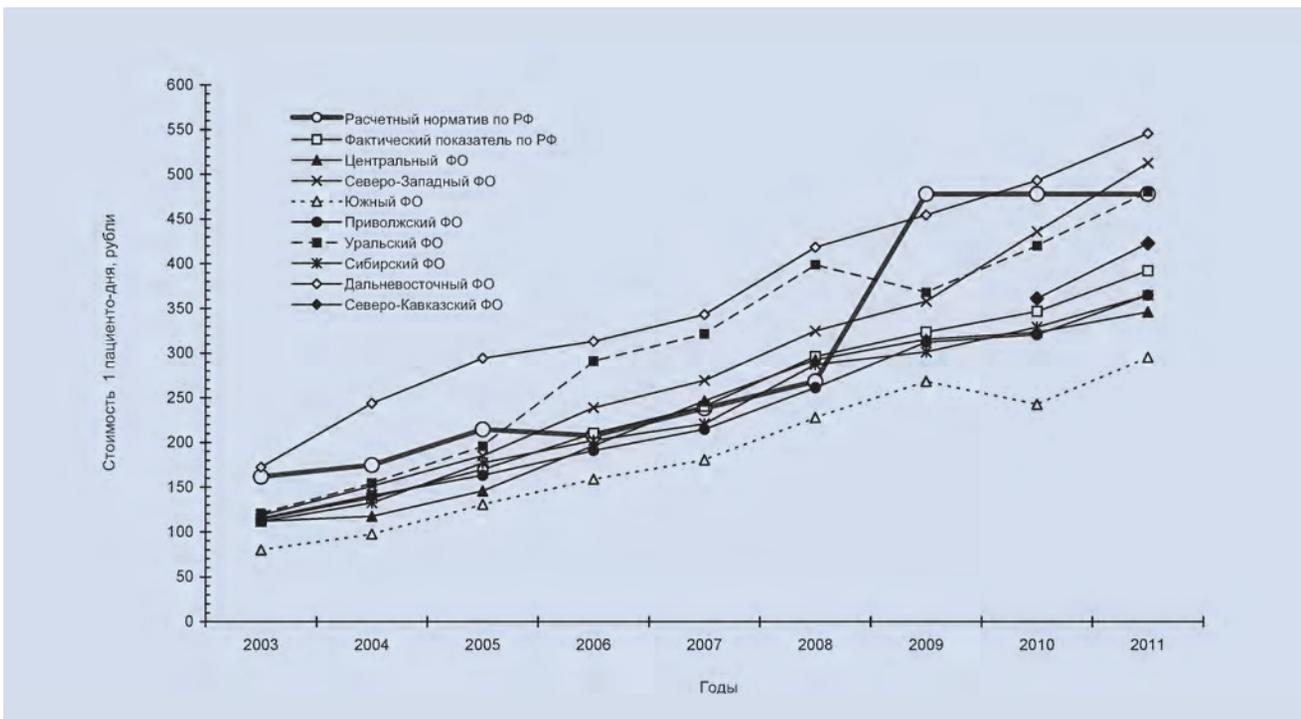


Рис. 5. Динамика стоимости единицы объема медицинской помощи в дневных стационарах населению Российской Федерации (по федеральным округам).

Федерации начиная с 2005 года. Это свидетельствует об одном – расчетные федеральные показатели стоимости, в сочетании с нормативами объемов МП, не сбалансированы и не соответствуют потребности здравоохранения в финансовых средствах [16, 17]. Программа госгарантий нуждается в значительной коррекции по этому показателю, особенно в регионах. Кстати, следует отметить, что нормативы финансового обеспечения Программы госгарантий на федеральном уровне стали утверждаться постановлением Правительства Российской Федерации с 2006 года, в то время, как нормативы объемов МП были утверждены уже в 1998 году.

Как показано на рис. 3, норматив стоимости единицы объема амбулаторной помощи резко повысился в 2009 году и составил 323 руб. в расчете на одно посещение. Однако, даже при этом нормативе, фактические показатели по большинству субъектов Северо-Западного, Сибирского, Дальневосточного регионов были выше. Всё это вполне объяснимо, поскольку фактическое число посещений в этих субъектах значительно ниже нормативных показателей. И как нами было отмечено выше, эти показатели обоснованно должны быть ниже из-за плохой транспортной доступности медицинских организаций. Отсюда следует, что необходимо искать новые формы организации и учета сбалансированности объемов амбулаторной МП и их стоимости в субъектах Российской Федерации с особыми условиями доступности МП.

Проведенный анализ динамики развития стационарозамещающих видов МП, оказанной дневными стационарами всех типов (отделениями дневного пребывания больных при больницах, дневными стационарами при поликлиниках, а также стационарами на дому) показал, что «благие намерения» Минздравсоцразвития удешевить стоимость МП за счёт широкого внедрения стационарозамещающих технологий в условиях России не так-то легко реализовать. Известно, что дневные стационары – это действительно одна из ресурсосберегающих организационных форм МП, обеспечивающая более высокую доступность квалифицированной МП населению и рациональное использование медицинских кадров, техники и медицинского оборудования [18]. Однако развитие этих форм организации МП возможно только в городах и в пунктовых селениях сельской местности (населенных пунктах, где находятся амбулатории или больницы) с развитой транспортной инфраструктурой и небольшим радиусом медицинского обслуживания. В противном случае пациенты (особенно на селе) не имеют возможности доехать до дневного стационара, получить процедуру или пройти обследование и в этот же день вернуться домой. Поскольку территория нашей страны довольно обширная, а транспортная доступность низкая, эти формы обслуживания не получают должного развития, особенно в отдаленных районах Сибири и Дальнего Востока. На рис. 4 наглядно показано, что усилия по

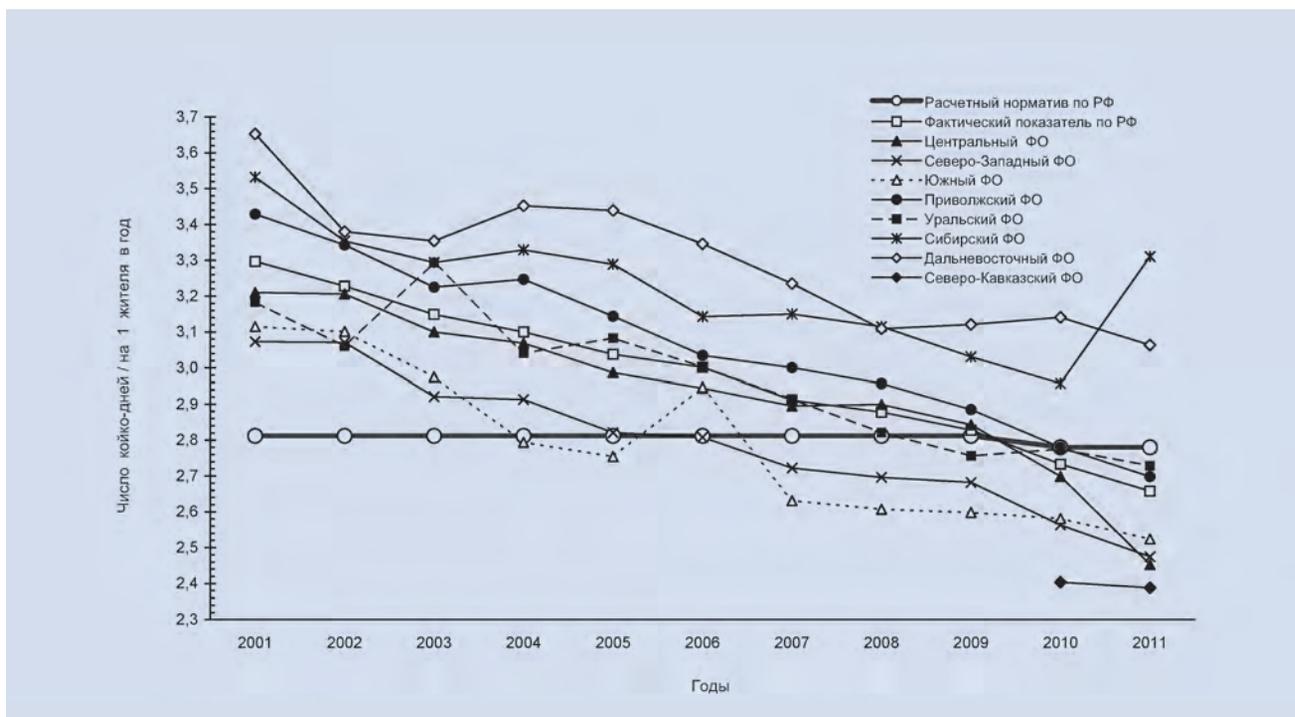


Рис. 6. Динамика объемов стационарной медицинской помощи населению Российской Федерации (по федеральным округам)

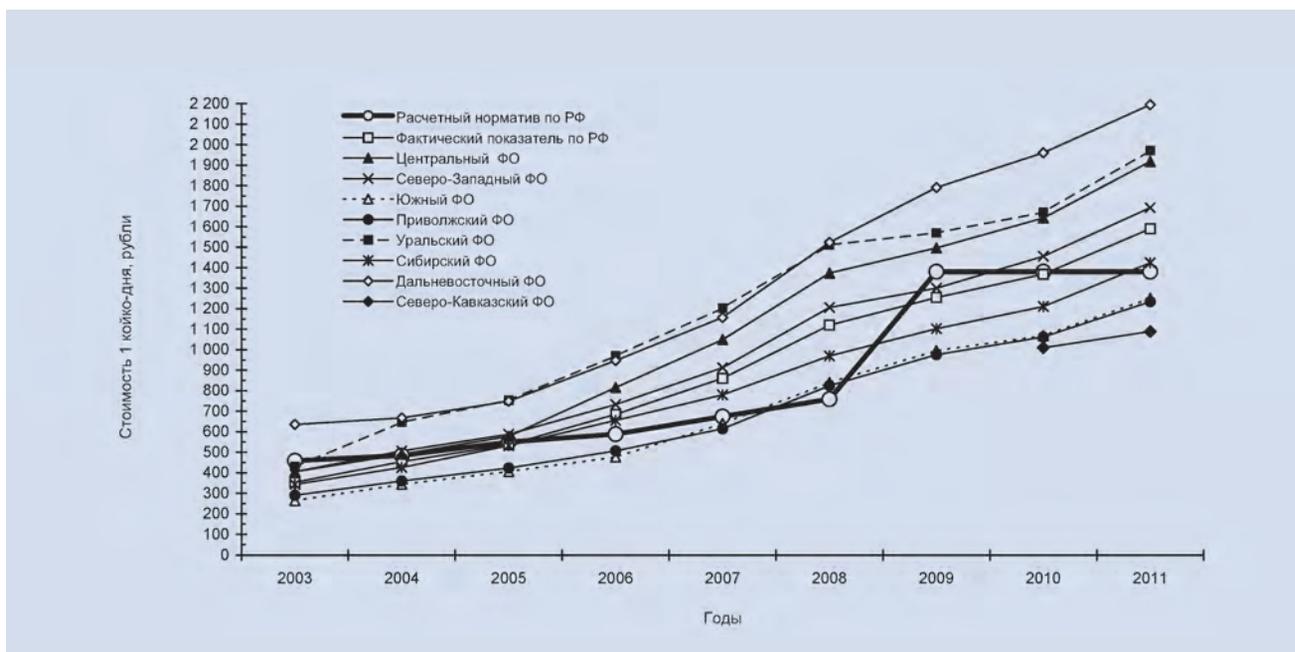


Рис. 7. Динамика стоимости единицы объема стационарной медицинской помощи населению Российской Федерации (по федеральным округам)

развитию этой формы организации МП путем нормативного и административного давления так ни к чему и не привели. Действительно, норматив 2001-2004 годов был необоснованно завышен и составлял 749 пациенто-дней на 1000 жителей (или 0,749 на 1-го жителя), в резуль-

тате ни один из субъектов Российской Федерации даже не приблизился к этому нормативу. И только после ряда научных исследований по обоснованию возможности организации стационарозамещающих видов МП в различных субъектах Российской Федерации (Стародубов

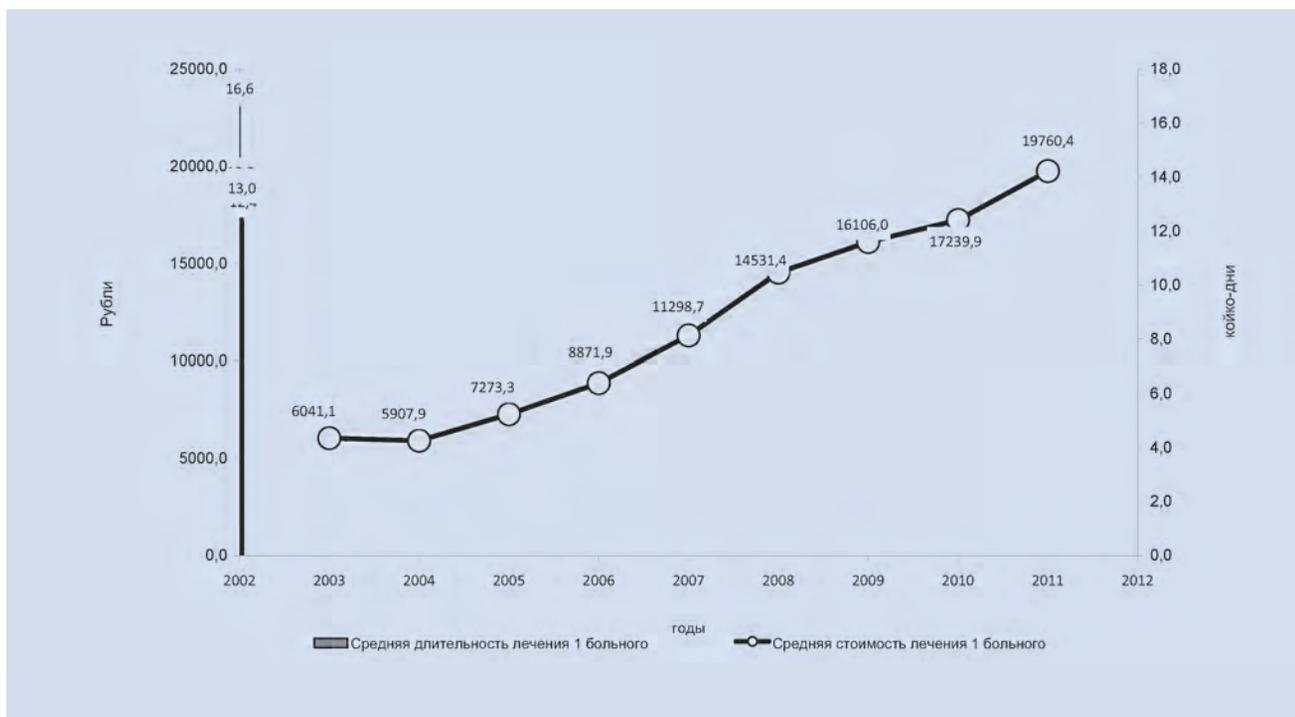


Рис. 8. Динамика средней длительности и стоимости лечения 1 больного в стационарах в Российской Федерации

В.И., Калининская А.А., Шляфер С.И. и др., 2001) [19, 20] норматив с 749 пациенто-дней был снижен в 2005 году до 577 пациенто-дней на 1000 населения. Однако, даже по состоянию на 2010 год, большинство федеральных округов не достигли этого норматива, а превышение этого показателя в Сибирском федеральном округе не вызывает доверия и требует дополнительного анализа, поскольку известно, что именно в этом регионе очень сложные условия транспортной доступности. Очевидно, что в основном речь идёт о показателях работы городских медицинских организаций, при которых организованы дневные стационары.

Лучше выглядят показатели финансовой обеспеченности дневных стационаров. Так, фактические показатели стоимости 1-го пациенто-дня с 2003 года возросли в 2,76 раза и составляли соответственно 97,7 руб. (2003 г.) и 270,2 руб. (2010 г.). Однако для большинства субъектов Российской Федерации норматив в 478,9 руб. на 1 пациенто-день и сегодня остается пока недостижимым, кроме Дальневосточного и Северо-Западного федеральных округов (рис. 5).

Адекватными и вполне объяснимыми выглядят показатели динамики объемов стационарной МП (рис. 6). На протяжении 9 лет в федеральных округах Российской Федерации эти показатели практически не снижались, и только к 2009 году объемы оказываемой стационарной помощи стали приближаться к ежегодно утверждаемому нормативу 2812 койко-дней на 1000 жителей в год, что

можно объяснить низкой транспортной доступностью амбулаторной и стационарозамещающей помощи. Что касается стоимости стационарной МП, то ситуация начала меняться только с 2009 года, когда норматив финансирования на 1 койко-день увеличился почти в 2 раза – с 758,9 руб. в 2008 году до 1380,6 руб. в 2009 году (рис. 7). Хотя, справедливости ради следует отметить, что начиная с 2006 года, фактические объемы финансирования во многих субъектах Российской Федерации (Центральном, Уральском, Северо-Западном и Дальневосточном ФО) были не только выше утвержденного норматива, но и выше фактических (отчетных) показателей в среднем по России. Очевидно, что субъекты Российской Федерации воспользовались своим правом учитывать региональные коэффициенты удорожания бюджетных услуг и значительные средства направляли в стационары. На рост показателей стоимости койко-дня существенное влияние оказали и такие факторы, как внедрение высокотехнологичной медицинской помощи (ВТМП) и некоторое снижение средней длительности лечения одного больного.

Так, в 2011 году на оказание ВТМП израсходовано 44,7 млрд. рублей (в 2010 году – 37,2 млрд. рублей), в том числе федеральными государственными медицинскими учреждениями, подведомственными Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, – 28,5 млрд. рублей, Российской академии медицинских наук – 7,7 млрд. рублей, Феде-

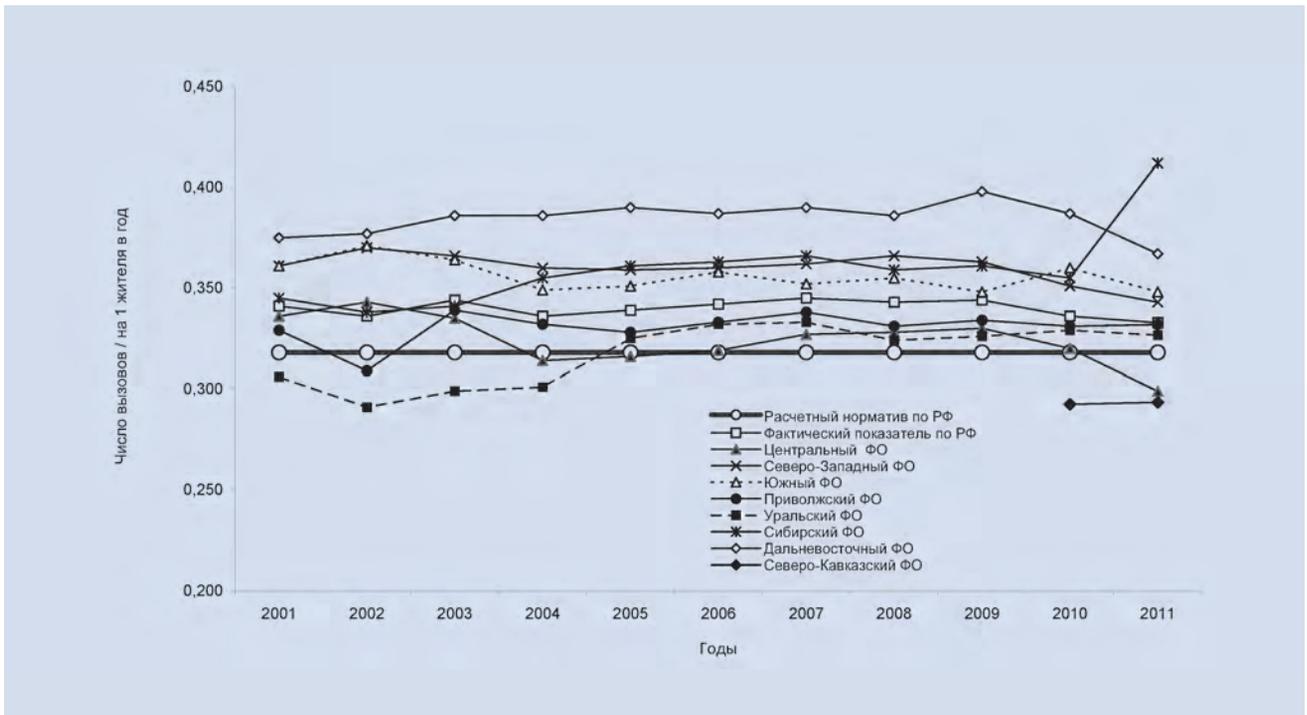


Рис. 9. Динамика объемов скорой медицинской помощи населению Российской Федерации (по федеральным округам)

ральному медико-биологическому агентству – 4,0 млрд. рублей, и учреждениями здравоохранения субъектов Российской Федерации – 4,5 млрд. рублей. В федеральных государственных медицинских учреждениях получили ВТМП 282,1 тыс. больных, в том числе, в учреждениях, подведомственных Минздравсоцразвития России – 208 098 (73,8%), Российской академии медицинских наук – 49 198 больных (17,4%), Федеральному медико-биологическому агентству – 24 804 больных (8,8%). В медицинских организациях, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, высокотехнологичную медицинскую помощь (на условиях софинансирования из федерального бюджета) получили 40500 больных (против 34 743 человек в 2010 году). Средняя стоимость лечения одного больного, получившего ВТМП в медицинских организациях, подведомственных Минздравсоцразвития России, составила 136954,7 руб. (против 127616,0 руб. в 2010 году), а в медицинских организациях, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации - 111111,1 руб. (против 115131,1 руб. в 2010 году).

В целом по объёмам оказываемой стационарной помощи позитивных сдвигов не произошло. Показатель частоты госпитализации в 2011 году, по сравнению с 2006 годом, снизился незначительно и составил 214 госпитализаций на 1000 жителей в 2011 году по сравнению с 218,6 госпитализациями в 2006 году, при нормативе на 2011 год – 196,0 госпитализаций на 1000 жителей. Всё

это лишь свидетельствует о низкой доступности МП на догоспитальном этапе обслуживания.

Однако проведенный анализ свидетельствует также и о позитивных тенденциях в развитии стационарной помощи. Так, средняя длительность лечения госпитализированного в больнице сократилась с 16,6 дня в 2003 году до 12,4 дня в 2011 году и более чем 3-кратном росте средней стоимости лечения одного госпитализированного с 6041,1 руб. в 2003 году до 19760,4 руб. в 2011 году, что косвенно может свидетельствовать о более высоком качестве МП (рис. 8).

Что касается показателей объемов скорой медицинской помощи, то они являются зеркальным отражением не только низкой доступности амбулаторно-поликлинической, но опосредованно и стационарной МП населению. Поэтому показатели частоты вызовов скорой медицинской помощи (рис.9) по всем регионам страны превышают расчетный норматив. Особенно настораживает этот показатель по Приволжскому, Южному и Уральскому ФО. По Уральскому ФО этот показатель с 2004 г. не только не снизился, но даже вырос. Особо следует обратить внимание на значительный рост частоты вызовов скорой медицинской помощи в 2011 году по Сибирскому ФО, что может свидетельствовать о значительном улучшении доступности санавиации либо о снижении доступности амбулаторной помощи.

Показатели же стоимости одного вызова скорой медицинской помощи (СМП) хотя и увеличивались из года в

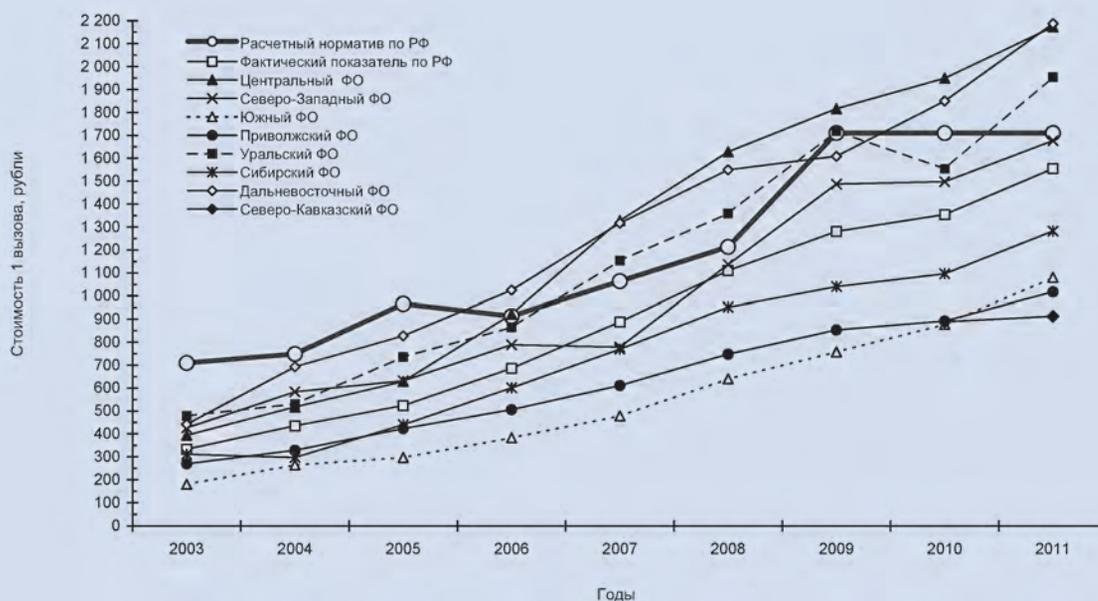


Рис. 10. Динамика стоимости 1 единицы объема скорой медицинской помощи населению Российской Федерации (по Федеральным округам)

год, однако по большинству федеральных округов (кроме Центрального, Уральского и Дальневосточного ФО) не достигли утвержденного минимального норматива по Российской Федерации (рис. 10).

В целом, динамика финансового обеспечения МП, оказанной населению Российской Федерации по Программе госгарантий из разных источников государственного финансирования в расчете на душу населения, показана на рис 11. Как следует из представленной диаграммы, подушевое финансовое обеспечение МП из государственных источников за 11 лет выросло более чем в 6 раз. При этом наименьшие темпы роста составили средства консолидированного бюджета субъектов Российской Федерации - в 4 раза. Поступления из системы ОМС увеличились в 7 раз. Казалось бы, при таких высоких темпах роста финансовых поступлений в систему здравоохранения вопросы о достаточности денежных средств в отрасли и низких зарплатах медицинских работников должны сами по себе исчезнуть. Но дело в том, что большая часть этого прироста ежегодно «съедалась» инфляцией (от 10 до 15%) и удорожанием стоимости медицинских услуг, и поэтому существенного финансового улучшения в здравоохранении до 2007 года не наблюдалось.

Существенный перелом в финансировании здравоохранения наступил после 2007 года, когда был подключен значительный ресурс федерального бюджета - был принят национальный проект «Здоровье». Подушевой норматив финансирования Программы госгарантий зна-

чительно увеличился (почти в 2 раза) - с 4503 руб. в 2008 году до 7633,4 руб. в 2009 году. Правда, в дальнейшем этот норматив был законсервирован на 2 последующих года (2010 и 2011). К сожалению, финансовый прирост от увеличения страховых взносов работодателей (на 2% в 2010 г.) в основном направлялся не на Программу госгарантий оказания МП, а на модернизацию и капитальный ремонт учреждений здравоохранения, средства на которые должны были бы поступить за счёт капиталовложений бюджетов всех уровней.

Заключение

1. Одиннадцатилетний опыт реализации Программы государственных гарантий продемонстрировал, что этот важнейший государственный документ обеспечивает возможность перехода от методов планирования и финансирования МП, направленных на организацию деятельности сети медицинских учреждений, к программно-целевому управлению отраслью, ориентированному на достижение конечных результатов - улучшение здоровья населения.

2. Впервые были законодательно установлены полномочия федеральных органов государственной власти и органов государственной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан по разработке, утверждению Программы государственных гарантий, разработке, утверждению и реализации территориальных программ госгарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной МП.

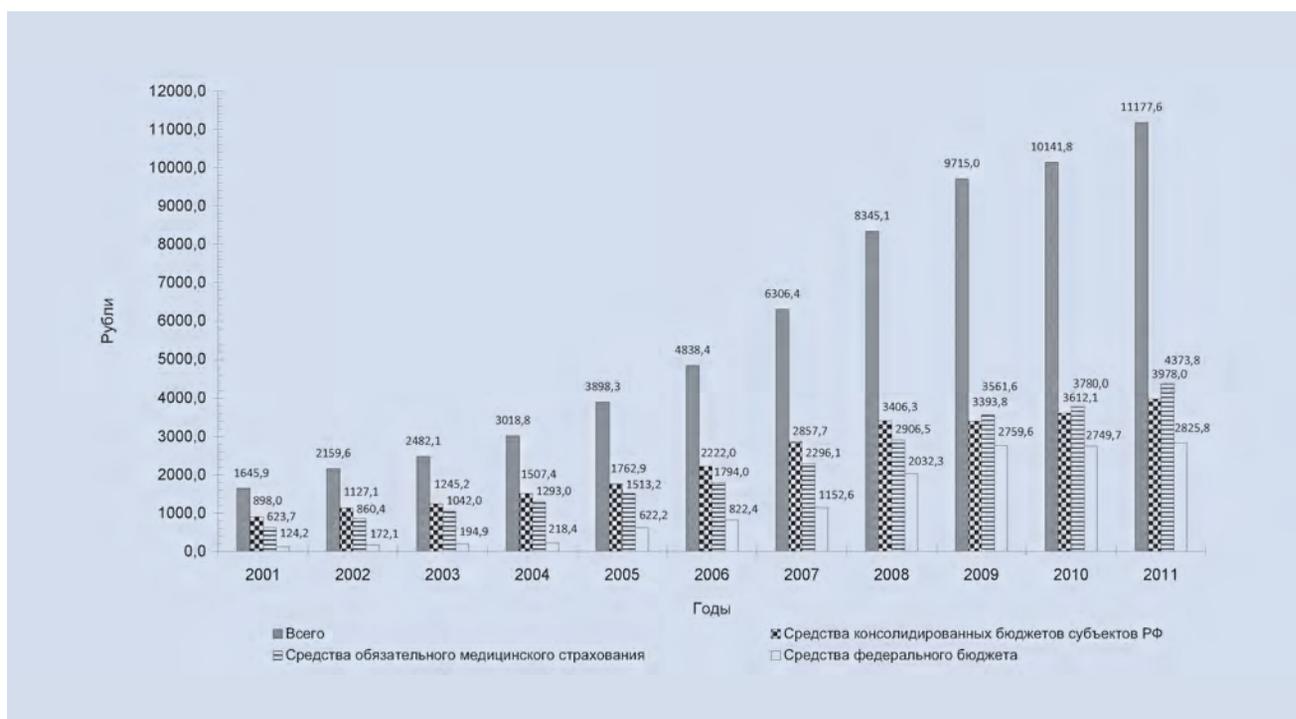


Рис. 11. Финансовое обеспечение Программы госгарантий за период с 2001 по 2011 годы (в расчёте на душу населения)

3. Конкретизированы и законодательно установлены виды МП, оказываемой гражданам Российской Федерации бесплатно по Программе государственных гарантий: первичная медико-санитарная, скорая (в том числе, санитарно-авиационная) и специализированная (в том числе высокотехнологичная) МП и даны их развернутые определения.

4. За 11 лет произошли значительные позитивные изменения в реализации Программы государственных гарантий, получено главное – средние расчетные нормативы объёмов амбулаторно-поликлинической и стационарной МП практически достигнуты во всех субъектах Российской Федерации. Более чёткими, полными и грамотными стали отчёты по ф. 62, которая получила статус «федеральной формы государственного статистического наблюдения». Данные комплексной оценки уровня реализации Программ госгарантий стали критериями оценки эффективности работы администраций субъектов Российской Федерации.

5. Однако наметилась и другая тенденция: во многих субъектах Российской Федерации фактические объёмы оказанной МП стали превышать нормативные показатели. Что это? Погоня за более высоким ранговым местом в «комплексной оценке» и, как следствие, получение дополнительных субвенций от фонда ОМС? Или это действительно более высокая потребность населения в МП? Одним словом, настала настоятельная необходимость как дифференциации нормативов формирования терри-

ториальных программ госгарантий, так и методики оценки их реализации.

6. Предстоит работа по обоснованию дифференцированных нормативов объёмов МП по видам, с учетом особенностей возрастного-полового состава, уровня и структуры заболеваемости населения, климатогеографических условий региона и транспортной доступности учреждений здравоохранения (медицинских организаций). В субъекте Российской Федерации основой формирования территориальной программы госгарантий должна стать реальная потребность населения в различных видах МП. Реализация территориальной программы госгарантий субъекта Российской Федерации должна быть неразрывно связана с оптимизацией структуры МП и реструктуризацией действующей сети организаций здравоохранения, в целях обеспечения установленных для данного региона объёмов МП с учётом ее доступности при высоком качестве услуг и реальном улучшении состояния здоровья населения.

7. Несомненно, «Методика комплексной оценки уровня реализации Программы госгарантий» должна быть кардинально пересмотрена с учётом адаптации её к особенностям демографического состава населения регионов, заболеваемости и транспортной доступности МП. Этап достижения средних показателей по Российской Федерации был позитивным, но он закончился. Нужна более корректная методика оценки достижений регионов в области здравоохранения, способствующая

их поступательному развитию (а не только «освоению» федеральных денежных поступлений), для чего необходимо разработать новую научно-обоснованную технологию оценки реализации территориальных программ госгарантий.

Литература

1. РФ. Правительство. Об утверждении Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи: постановление Правительства Российской Федерации от 11 сентября 1998 года № 1096. Российская газета. – 1998. – 30 сент.
Url: <http://www.rg.ru/org/doc-postanov/>
(дата обращения: 27.04.2012).
2. Кравченко Н.А., Баженова А.И. Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2004 году: комментарий к экономическому обоснованию. Здоровоохранение. – 2003. – № 8. – С. 20-37.
3. Флек В.О., Зинланд Д.А. Модернизация российского здравоохранения – основа обеспечения доступности и качества медицинской помощи населению. – СПб.: Изд-во Политехн. ун-та, 2011. – 440 с.
4. РФ. Правительство. О распределении дотаций из Федерального фонда финансовой поддержки субъектов Российской Федерации: постановление Правительства Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. N 670. Российская газета. – 2004. – 1 дек.
URL: <http://www.rg.ru/2004/12/01/dotacii-dok.html>
(дата обращения: 27.04.2012).
5. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 №323-ФЗ. Российская газета. 2011. – 23 ноябр.
Url: <http://www.rg.ru/2011/11/23/zdorovie-dok.html>
(дата обращения: 27.04.2012).
6. О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий: Федеральный закон Российской Федерации от 29.12.2006 № 258-ФЗ. Российская газета. 2006. – 31 дек.
Url: <http://www.rg.ru/2006/12/31/izmeneniya-dok.html>
(дата обращения: 27.04.2012).
7. РФ. Правительство. О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2010 год: постановление Правительства Российской Федерации от 2 октября 2009 года № 811. Российская газета. – 2009. – 28 окт.
URL: <http://www.rg.ru/2009/10/28/programma-dok.html>
(дата обращения: 27.04.2012).
8. Минздравсоцразвития России. О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год: информационное письмо Минздравсоцразвития России от 17 декабря 2010 г. № 20-2/10/2-12028.
URL: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/med-ins/8>
(дата обращения: 27.04.2012).
9. РФ. Правительство. О мерах по реализации Указа Президента Российской Федерации от 28 июня 2007 г. № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации»: постановление Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2009 г. № 322. Российская газета. – 2010. – 2 апр.
URL: <http://www.rg.ru/2010/06/17/isp-site-dok.html>
(дата обращения: 27.04.2012).
10. Вялков А.И., Кравченко Н.А., Флек В.О. Методология формирования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации медицинской помощью. – М.: ГЭОТАР-Мед, 2001. – 204 с.
11. Стародубов В.И., Флек В.О., Сон И.М. Совершенствование нормативной базы Программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи как условие успешного решения проблем здравоохранения. Менеджер здравоохранения. 2010. – № 1. – С. 9-17.
12. Стародубов В.И., Флек В.О., Сон И.М. Методологические предпосылки построения современных региональных моделей медицинского обеспечения населения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2010. – № 4. – С. 23-28.
13. Леонов С.А., Перхов В.И., Титова И.А. и др. Дифференцированные нормативы объемов медицинской помощи по программе государственных гарантий и их эквивалентные единицы, рассчитанные с учетом коэффициентов транспортной доступности и плотности расселения населения. Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – № 4.
[Url: <http://vestnik.mednet.ru/content/section/5/30/lang.ru>
(дата обращения: 27.04.2012).
14. Кравченко Н.А., Розанов В.Б., Иванов А.В. Новый подход к решению проблемы адаптации федеральных нормативов объемов медицинской помощи к территориям Российской Федерации с учётом их региональных особенностей. Сборник тезисов Всероссийской научно-практической конференции «Общественное здоровье и здравоохранение XXI века: проблемы, пути решения, подготовка кадров». Издательство Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. – М., 2012. – С. 212-215.
15. О внесении изменений в Бюджетный кодекс Российской Федерации в части регулирования бюджетного процесса и приведении в соответствие с бюджетным законодательством Российской Федерации отдельных законодательных актов Российской Федерации: Федеральный закон Российской Федерации от 26 апреля 2007 г. N 63-ФЗ. Российская газета. – 2007. – 28 апр.
Url: <http://www.rg.ru/2007/04/28/kodeks-dok.html>
(дата обращения: 27.04.2012).
16. Леонов С.А., Матвеев Э.Н. Проблемы нормативной базы Программы государственных гарантий на современном этапе развития здравоохранения. Здоровоохранение Российской Федерации. – 2009. – № 3. – С. 14-16.

17. Программа «Повышение структурной эффективности системы здравоохранения РФ на 2004-2010 гг.». Проект. Менеджер здравоохранения. – 2004. – № 7. – С. 72-79.
18. Вялков А.И., Матвеев Э.Н., Михайлова Ю.В. Медико-организационные основы реструктуризации стационарной и внебольничной помощи на основе прогрессивных моделей развития на уровне региона. Методические рекомендации. – М., 1998. – 31 с.
19. Стародубов В.И., Калининская А.А., Шляфер С.И. Стационаро-замещающие формы организации медицинской помощи. – М.: ЦНИИОИЗ МЗ РФ, 2001. – 212 с.
20. Сон И.М., Леонов С.А., Флек В.О. и др. Совершенствование нормативной базы здравоохранения как условие формирования структурно эффективных территориальных программ государственных гарантий оказания населению субъектов РФ бесплатной стационарной медицинской помощи в условиях модернизации региона. Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – № 5.
Url: <http://vestnik.mednet.ru/content/section/5/30/lang.ru>
(дата обращения: 27.04.2012).

Для корреспонденции:

Кравченко Наталия Александровна – д.м.н., профессор, заведующая отделом проблем информационного обеспечения здравоохранения НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России;

109004, Москва, ул. Александра Солженицына, дом 28 (к. 105);
моб. тел.: 8 (903) 016-33-54; e-mail: na.kravchenko@yandex.ru

Розанов Вячеслав Борисович – д.м.н., ведущий научный сотрудник лаборатории проблем медицинской статистики и информатики отдела проблем информационного обеспечения здравоохранения НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России;

109004, Москва, ул. Александра Солженицына, дом 28 (к. 102);
раб. тел.: 8 (499) 763-68-34; e-mail: vbrozhanov@gmail.com

Рагозин Андрей Васильевич – к.м.н., заведующий лабораторией правового и организационно-методического обеспечения информационных технологий в здравоохранении отдела проблем информационного обеспечения здравоохранения НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России;

109004, Москва, ул. Александра Солженицына, дом 28;
тел. 8 (925) 507-46-28; e-mail: avragozin@mail.ru

For correspondence:

Kravchenko Natalia A. - MD, PhD, Professor, Head of department for health information ensuring of I.M.Sechenov First Moscow State Medical University,

109004, Moscow, ul. Alexander Solzhenitsyn, Building 28 (room 105)
mob. tel.: 8 (903) 016-33-54; e-mail: na.kravchenko @ yandex.ru

Rozanov Vyatcheslav B. - MD, PhD, Leading Researcher of the Laboratory for Medical Statistics and Informatics in department for health information ensuring of I.M.Sechenov First Moscow State Medical University,

109004, Moscow, ul. Alexander Solzhenitsyn, Building 28 (k. 102) office.
tel.: 8 (499) 763-68-34; e-mail: vbrozhanov@gmail.com

Ragozin Andrey V. - PhD, Head of the Laboratory for the legal and organizational methods of information technology in department for health information ensuring of I.M.Sechenov First Moscow State Medical University,

109004, Moscow, ul. Alexander Solzhenitsyn, Building 28,
tel.: 8 (925) 507-46-28; e-mail: avragozin@mail.ru

УДК 614.2

Обязательному медицинскому страхованию в России 100 лет

И.А. Гехт¹, Г.Б. Артемьева², В.Н. Мокшин³

¹Самарский государственный медицинский университет;

²Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Рязанской области;

³Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Самарской области



И.А. Гехт



Г.Б. Артемьева



В.Н. Мокшин

Резюме

Обязательное медицинское страхование в России официально началось с 1912 года, когда был принят соответствующий закон Государственной Думой. Многие принципы и положения этого закона представляют интерес и не потеряли своей актуальности в настоящее время.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, больничные кассы, страховые взносы.

Abstract

The 100th Anniversary of Obligatory Medical Insurance in Russia

I.A. Geht¹, G.B. Artemyeva², V.N. Mokshin³

¹The Samara State Medical University;

²The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Ryazan Region;

³The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Samara Region

Obligatory Medical Insurance in Russia starts officially since 1912, when a relevant law was adopted by the State Duma. Many principles and the provisions of this law are of interest and have not lost their relevance at the present time.

Key words: Obligatory Medical Insurance, health insurance, insurance premium payments.

2013 год знаменателен для системы обязательного медицинского страхования двумя юбилеями: 20-летием образования фондов медицинского страхования и внедрением в практику закона о медицинском страховании в Российской Федерации и не менее важным событием - 100-летием начала обязательного страхования в России.

Актуальность вопроса связана с продолжающимся совершенствованием обязательного медицинского страхования в Российской Федерации, которое невозможно без изучения социальных, экономических и политических предпосылок и опыта становления социального страхования в нашей стране. Цель настоящей работы заключается в изучении предпосылок и условий формирования обязательного медицинского страхования в России, основных положений закона «Об обеспечении рабочих на случай болезни и базовых принципах медицинского страхования».

Закон Российской империи «Об обеспечении рабочих на случай болезни» был принят 3 Государственной Думой 23 июня 1912 году и вступил в силу с января 1913 года. Его появлению предшествовала длительная и серьезная работа с преодолением разногласий, поиском компромиссов, с учетом динамично развивающейся политической обстановки в стране. Несомненно, большую роль в появлении этого закона сыграли революционные события 1905-1906 годов. Первый законопроект планировался к рассмотрению 1-й Государственной Думой уже в 1906 году, но она была распущена через три месяца от начала работы. В данном вопросе Россия отставала от

других европейских стран. Обязательное страхование по болезни было введено в Германии в 1885 году, в Австрии – в 1888 году, в Венгрии – в 1891 году, в Норвегии – в 1909 году. В то же время многие страны ввели обязательное медицинское страхования намного позже России: Голландия, Греция, Бельгия, Испания, Италия.

Работа над законопроектом сопровождалась изучением опыта других государств, а также длительными консультациями правительства с крупными промышленниками, представителями рабочего движения.

Хронология прохождения закона в Думе подчеркивает не только остроту противоречий, но и свидетельствует о бюрократических препонах на пути принятия закона. 25 июня 1908 года правительство внесло в Думу пакет из 4 законопроектов: «Об обеспечении рабочих на случай болезни», «О страховании рабочих от несчастных случаев», «О Совете по делам страхования рабочих», «О присутствии по делам страхования рабочих». Принципиальное значение имели два первых закона. Однако только 17 ноября 1910 года законопроекты были переданы на рассмотрение в Общее собрание Думы, а к рассмотрению приступили лишь через год - 17 октября 1911 года, приняли же законы 11 января 1912 года, после чего они были утверждены императором 23 июня 1912 года. На ускорение принятия закона повлиял рост забастовочного движения: в 1912 году было зарегистрировано 1300 забастовок по политическим мотивам против 23 в предыдущем году.



Принятый закон устанавливал базовые принципы страхования:

1. Рабочие имели право на получение пособия по болезни, по беременности и родам, а также на бесплатную медицинскую помощь.

2. Пособия выплачивались по страховому принципу - за счет невозвращаемых взносов.

3. Страхование осуществлялось независимыми больничными кассами, управляемыми совместно рабочими и предпринимателями.

4. Финансирование больничных касс осуществлялось за счет взносов, которые уплачивали и рабочие, и работодатели.

5. Организация финансирования медицинской помощи рабочим возлагалась на предпринимателей с возможностью передачи лечебных учреждений больничным кассам.

6. Государство организовывало систему надзора за деятельностью больничных касс.

При всей прогрессивности закона следует отметить существенные ограничения по его распространению. Он распространялся только на фабрично-заводские, горные, горнозаводские, судоходные и железнодорожные предприятия, в которых число работников превышало 30 человек. Страхование не подлежали рабочие, занятые в строительстве, торговле, гужевых перевозках, на военных заводах и казенных предприятиях, в сфере обслуживания. Право на медицинскую помощь и на получение пособий практически не распространялось на членов семей рабочих.

Закон функционировал не на всей территории Российской империи, в зону его действия не попали предприятия Сибири, Средней Азии, Польши.

Больничные кассы могли создаваться только на тех предприятиях, где число рабочих было не менее 200, поэтому предприятия часто объединялись для открытия больничной кассы. Управление больничными кассами осуществлялось общими собраниями застрахованных, избравших своих уполномоченных, и представителями владельца предприятия, которые составляли 2/3 от числа уполномоченных от застрахованных. Для управления



Владимир Николаевич Коковцов (1853-1943). Председатель Совета министров России в 1911-1914 гг., возглавлял рабочую группу по подготовке закона «Об обеспечении рабочих на случай болезни» (23 июня 1912 г.)

текущими делами избиралось Правление, из членов которого выбирался председатель. На общее собрание в обязательном порядке приглашались представители полиции, которые имели право закрыть собрание, если заседание начинало заниматься политическими вопросами. Тем не менее, многие конторы больничных касс становились проводниками идей большевизма, в них работали видные партийные деятели: В.В. Куйбышев, М.И. Калинин, С.В. Косиор, Н.И. Подвойский и другие, что свидетельствует о тесной связи социальных и политических вопросов.

В соответствии с законом в губерниях создавались Присутствия по делам страхования рабочих. Возглавлял Присутствие Губернатор (в крупных городах – градоначальник), в его состав входили: прокурор, управляющий Казенной палатой, старший фабричный инспектор, губернский врачебный инспектор, представители владельцев предприятий, больничных касс, члены от губернского земства. Для решения вопросов страхования на общегосударственном уровне был создан Совет по делам страхования рабочих при министре торговли и промышленности. Государству в страховании отводилась важная роль.

Застрахованным в больничных кассах полагались следующие пособия: пособия по болезни (в зависимости от наличия иждивенцев от 1/4 до 2/3 заработка); пособия по родам (от 1/2 до полного заработка); пособия по случаю смерти (от 20 до 30 среднедневных заработков). Законом были установлены размеры страховых взносов.

В основном рабочие платили взносы в размере от 1% до 2% от заработка, но в больничных кассах, где число застрахованных превышало 400 человек, разрешалось увеличить размер взноса до 3%, так как учитывалась более высокая потребность в управленческих расходах. Точный размер взносов устанавливался на ежегодном общем собрании участников больничной кассы. Предприниматели были обязаны внести в кассу «приплату» в размере 2/3 от суммы, внесенной застрахованными рабочими. Таким образом, общий размер взносов составлял от 1,66% до 3,33% (в мелких кассах он мог достигать 5%) от фонда оплаты



3-ья Государственная Дума, которая приняла закон «Об обеспечении рабочих на случай болезни» (23 июня 1912 г.)



труда работников. Если взносы превышали выплаты, кассы формировали запасной капитал до размера 2 годовых оборотов кассы.

Активное создание больничных касс в России началось со второй половины 1913 года (до этого времени были созданы единичные больничные кассы), к 1 сентября были открыты почти 1300 больничных касс, охвативших страхованием около миллиона рабочих, к июлю 1914 года насчитывалось 2660 больничных касс с 2 миллионами участников, к февралю 1917 года было создано 78% от числа касс, намеченных правительством России.

Больничные кассы создавались по территориальным и профессиональным признакам, постепенно они укрупнялись, что позволило обеспечить их стабильную работу, несмотря на тяжелый экономический период, связанный с Первой мировой войной.

Законом было предусмотрено, что организация и оказание медицинской помощи всем рабочим, застрахованным на предприятиях, является ответственностью предпринимателей – владельцев этих предприятий. По закону предприниматели для оказания медицинской помощи могли привлекать сторонние медицинские учреждения, возмещая им расходы в соответствии с установленным страховым присутствием тарифом. Если заболевание не заканчивалось стойкой утратой трудоспособности (инвалидностью), то сроки лечения практически не ограничивались. При наступлении инвалидности предприниматель оплачивал первые четыре месяца лечения,



Череповецъ. - Земская больница.



после чего за лечение платили страховые товарищества. Примечательно, что это распространялось на все заболевания, кроме тех, что были вызваны злонамеренным поведением заболевших (болезни и травмы, причиной которых явились пьянство и драки). Если владелец предприятия не имел своего лечебного учреждения и не заключал соответствующие договоры с другими лечебными учреждениями, то он возмещал стоимость лечения рабочих в городских и земских больницах по стоимости суточного содержания в них, установленной присутствием по делам страхования на два года вперед.

В то же время закон не препятствовал тому, чтобы больничные кассы более активно участвовали в организации лечения заболевших застрахованных участников кассы. В статье 42 говорилось: «Больничным кассам для оказания участникам касс врачебной помощи представляется самостоятельно или совместно с другими кассами 1) устраивать и содержать собственные амбулатории, приемные покои и больницы и 2) входить в соглашения с городскими и земскими общественными управлениями, а также с частными лечебными учреждениями».

Одним из первых в стране крупных лечебных учреждений была лечебница, открытая для рабочих и членов их семей больничной кассой при Тульских меднопрокатных и патронных заводах в 1914 году. Эта касса объединяла около 7 тысяч застрахованных рабочих. В дальнейшем такие лечебные учреждения открывались повсеместно, особенно много их было в Москве и Петербурге.

Особо следует отметить, что больничные кассы, оплачивая пособия по болезням и травмам, строго следили за соблюдением больным режима и рекомендаций врачей. Больничная касса учреждала тщательный надзор с помощью специальных контролеров, периодически посещавших больных. Контролеры имели специальные удостоверения, их были обязаны впустить в жилище, где они проверяли, в каких условиях находится больной, получены ли им лекарства, выписанные врачом, принимает ли он их, соблюдает ли режим, не занимается ли работой частным образом, в то время, когда он освобождался по болезни от основной работы на предприятии. В случаях выявленных нарушений застрахованный рабочий мог быть лишен пособий.

Важным достоинством работы больничных касс было то, что, помимо выдачи пособий, они направляли средства касс на бесплатное обеспечение заболевших и травмированных лекарствами и перевязочным материалом, а также на улучшение их питания.

В 1913 году министерство выпустило специальную инструкцию, в которой детально регламентировались обязанности предпринимателей по организации и оказанию медицинской помощи. От них требовалось:

- иметь на производстве все необходимое для оказания неотложной помощи;
- на предприятиях с числом работающих свыше ста человек выделить комнату для амбулаторного приема врача;

- на предприятиях с числом работающих более 500 иметь в штате фельдшера;

- на предприятиях с числом работающих женщин свыше 100 обеспечить акушерскую помощь;

- организовать ежедневный амбулаторный прием врача на предприятиях, где численность рабочих превышало 1000 человек. Там, где число рабочих составляло от 500 до 1000, необходимо было вести прием 3 раза в неделю, от 100 до 500 – 2 раза в неделю, 100 и меньше – 1 раз в неделю.

Уже после принятия этого закона в 1912 году Государственная Дума «признала необходимым возможно большее расширение круга лиц, подлежащих обязательному страхованию на случай болезни путем последовательного подчинению сему закону представителей других видов наемного труда и представление в ближайшее время в сих целях правительством на одобрение законодательных учреждений соответствующих законопроектов».

Вывод. Принятие Государственной Думой закона о страховании рабочих в 1912 году явилось официальным

началом отечественного медицинского страхования. Многие принципы и положения обязательного медицинского страхования, отраженные в этом законе, не потеряли своей актуальности и в настоящее время.

Литература

1. Бельшев И.С. Страхование фабрично-заводских рабочих и служащих в России (1912 г. - февраль 1917 г.) / И.С. Бельшев: Дисс. ... к.и.н. - Иваново, 2004. - 231 с.
2. Вигдорчик Н.А. Теория и практика социального страхования. Выпуск третий. Страхование на случай болезни в России / Н.А. Вигдорчик – Пг.-М., 1922. - 156 с.
3. Гришин В.В. Больничные и страховые кассы (отечественный опыт медицинского страхования) / В.В. Гришин [и др.] - М., - 1997. - 240 с.
4. Нолькен А.М. Закон об обеспечении рабочих на случай болезни: Практическое руководство /А.М. Нолькен. - СПб., - 1994. - 325 с.
5. Семенов В.Ю. Научные основы развития обязательного медицинского страхования в процессе реформирования здравоохранения / В.Ю. Семенов: Автореф. дисс. ... д.м.н. - М., 1996. - 48 с.

Для корреспонденции:

Гефт Игорь Абрамович – д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения Института последипломной подготовки Самарского государственного медицинского университета, заслуженный врач РФ

Тел. (846) 998-27-23, 8-917-159-30-36. E-mail: geht@samtfoms.ru

Адрес: 443082, г. Самара, ул. Владимирская, д. 60

Артемьева Галина Борисовна – к.м.н., директор территориального фонда ОМС Рязанской области, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова

Тел. (4912) 98-58-44, 8-903-641-78-44. E-mail: agb@rofoms.ryazan.ru

Адрес: 390006, г. Рязань, ул. 6-я Линия, д. 6

В.Н. Мокшин – директор ТФОМС Самарской области, доцент кафедры медицинского страхования института последипломной подготовки Самарского государственного медицинского университета

Тел. (846) 998-27-01. E-mail: general@samtfoms.ru

Адрес: 443082, г. Самара, ул. Владимирская, д. 60

For correspondence:

Igor A. Geht – M.D. Ph.D., Professor of the Chair of Public Health of the Institute of Post-diploma Training of the Samara State Medical University, Honored doctor of the Russian Federation

Tel.: (846) 998-27-23, 8-917-159-30-36. E-mail: geht@samtfoms.ru

Address: Ul. Vladimirskaya 60, Samara city, 443082.

Galina B. Artemyeva – M.D., Ph.D., Director of the Territorial Foundation of OMI of the Ryazan Region, Assistant Professor of the Chair of Public Health of the I.P. Pavlov Ryazan State Medical University

Tel.: (4912) 98-58-44, 8-903-641-78-44. E-mail: agb@rofoms.ryazan.ru

Address: Ul. 6 Liniya 6, Ryazan city 390006.

V.N. Mokshin – Executive Director of the TFOMI of the Samara Region, Assistant Professor of the Chair of Medical Insurance of the Institute of Post-diploma Training of the Samara State Medical University

Tel.: (846) 998-27-01. E-mail: geht@samtfoms.ru

Address: Ul. Vladimirskaya 60, Samara city, 443082.

УДК 614.2

Во главе угла – обеспечение качества медицинской помощи

М.Д. Богатырева

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Алтайского края



М.Д. Богатырева

Резюме

В статье подведены основные итоги работы Территориального фонда ОМС Алтайского края над реализацией Федерального закона № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и региональной программы модернизации здравоохранения. Представлена система мер, направленная на контроль деятельности страховых медицинских организаций, в том числе по информированию граждан. Отмечены основные направления деятельности ТФОМС, органов управления здравоохранением и адми-

нистрации региона по улучшению качества и доступности медицинской помощи, и мероприятия по повышению заработной платы медицинским работникам. Приведены результаты, достигнутые регионом в ходе выполнения региональной программы модернизации здравоохранения.

Ключевые слова: модернизация регионального здравоохранения, качество медицинской помощи, защита прав застрахованных граждан

Abstract

At the forefront – the quality of medical care

M.D. Bogatyryova

The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Altai Territory

The article focused on the results of work of the Territorial OMI Foundation of the Altai Territory on the realization of the Federal Law No. 326-F3 «On obligatory medical insurance in the Russian Federation» and on the regional program of health care modernization. There is presented a system of measures to control the activities of insurance medical organizations, including the information of citizens. There are noted basic trends of TFOMI activity, healthcare authorities and the Administration of the region to improve the quality

and accessibility of medical care, and measures to increase the salary of medical staff. There are given the results achieved by the region in the course of fulfillment of the regional program on modernization of health care.

Key words: Modernization of regional health care, quality of medical care, protection of the rights of insured citizens.

В настоящее время здравоохранение стоит на одном из первых мест среди приоритетов развития нашего государства, а работа в этом направлении идет по пути закрепления гарантий прав граждан на получение бесплатной и качественной медицинской помощи.

Поставленная Президентом и Правительством Российской Федерации задача по обеспечению реализации права граждан РФ на получение доступной и качественной медицинской помощи также является приоритетным направлением в деятельности всей системы ОМС Российской Федерации и, соответственно, территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края.

Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» четко обозначил круг задач, которые предстоит решить в первую очередь. На повестке дня сегодня вопросы повышения качества и доступности медицинской помощи, полноценного и стабильного финансирования медицинских услуг, а также обеспечение защиты прав застрахованных граждан.

Сегодня Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в РФ» обеспечивает не только задачи модернизации здравоохранения по оказанию бесплатной медицинской помощи, но и активно способствуют развитию обязательного медицинского страхования. Закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» закрепил ряд новых норм - это самостоятельный выбор гражданином страховой медицинской организации, медицинской организации и врача, переход на полисы единого образца, совершенствование защиты прав застрахованных граждан, а также развитие конкуренции между страховыми медицинскими организациями. В этой связи результативность системы обязательного медицинского страхования во многом зависит от слаженной работы всех ее участников.

Сегодня страховые компании стали полноправными участниками системы ОМС, а наши граждане обладают реальным правом их выбора. С одной стороны, закон предусматривает уведомительный порядок вхождения СМО в систему ОМС, но с другой - ужесточаются требования, как к самим компаниям, так и к условиям их работы. И мы видим на практике как сегодня работает эта законодательная норма. Если в начале 2011 года в системе ОМС Алтайского края изъявили желание работать 7 страховых медицинских компаний, то в 2012 году осталось работать только 5 страховых медицинских организаций. Уходят те, кто не смог на высоком уровне выполнять полномочия по контролю качества медицинской помощи и защите прав граждан.

На основании рекомендаций Федерального фонда ОМС в крае разработаны показатели деятельности страховых медицинских организаций. Критерии оценки и результаты работы СМО размещаются на официальном сайте территориального фонда. В свою очередь граждане могут использовать данную информацию при выборе страховой компании. Сформированы реестры страховых

медицинских организаций и медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС края.

Таким образом, приоритетным направлением деятельности Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края является реализация установленных Федеральным законом № 326-ФЗ норм по обеспечению прав граждан на выбор страховой медицинской организации, выбор медицинской организации и врача.

Следующим важным шагом реализации законодательства стал переход на полис единого образца, действующий на всей территории России.

В 2011 году полис единого образца в Алтайском крае получили 177545 человек. При этом 92421 человек осуществили свое право выбора страховой медицинской организации.

Совместно со страховыми компаниями в крае отлажены вопросы формирования регионального сегмента единого регистра застрахованных и взаимодействия с Федеральным фондом ОМС по передаче необходимых сведений в центральный сегмент ЕРЗ для создания единой по России базы застрахованного по ОМС населения, что обеспечивает нашим жителям возможность получения бесплатной медицинской помощи за пределами территории страхования и исключает возможные отказы в получении медицинских услуг в других субъектах РФ.

Одним из ключевых элементов в системе обеспечения защиты прав граждан при обязательном медицинском страховании является, конечно же, экспертный контроль качества медицинской помощи, который сегодня в условиях нового федерального закона совершенствуется. В соответствии с действующим законодательством в крае сформирован Территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи.

Важное место в работе фонда и страховых компаний в последние годы занимает деятельность по повышению



Информационные стенды для застрахованных граждан размещены во всех пунктах выдачи полисов ОМС страховых медицинских организаций



В Алтайском крае страховые компании постоянно работают над обновлением информационных материалов для населения по вопросам ОМС

уровня информированности граждан о правах в системе обязательного медицинского страхования.

Формы и методы информирования весьма разнообразны: от вручения гражданам памяток об обязательном медицинском страховании до использования возможностей интернет-ресурсов.

Страховые компании стремятся соответствовать предъявляемым требованиям - у всех есть свои интернет-сайты, «горячие линии», развиваются дополнительные сервисные услуги для застрахованных и т.д.

В настоящее время одной из основных задач территориального фонда обязательного медицинского страхования остается повышение качества и доступности медицинской помощи. Решение данной задачи напрямую зависит от достаточного финансирования здравоохранения. В Алтайском крае проблемы здравоохранения и важность обеспечения социальных гарантий для населения всегда находят поддержку и понимание со стороны ад-

министрации края и являются одним из главных приоритетов региональной власти. В этой связи, все платежи на обязательное медицинское страхование неработающего населения в систему ОМС поступают регулярно и в полном объеме, что дает возможность фонду на протяжении целого ряда лет привлекать дополнительные средства, как в рамках реализации правительственных проектов по дополнительному финансированию медицинской помощи, так и по получению субвенций на выравнивание уровня бюджетной обеспеченности (рис. 1).

Результатом такой работы является сокращение дефицита финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования. Необходимо отметить и в сравнении с другими субъектами Сибирского федерального округа в Алтайском крае один из наименьших его показателей.

Все средства обязательного медицинского страхования, в том числе и дополнительные, направляются на выполнение территориальной программы государственных гарантий, что, в свою очередь, позволяет более качественно решать задачи по финансированию медицинских учреждений – индексировать тарифы на медицинские услуги, решать проблемы повышения качества и доступности медицинской помощи, обеспечивать своевременность и полноту выплаты заработной платы медицинским работникам, как одной из важных социальных задач настоящего времени.

С ростом финансирования увеличился уровень расходов в системе ОМС в расчете на одного жителя края и стоимость медицинских услуг по всем видам медицинской помощи. Улучшились лекарственное обеспечение и питание в стационарах, повысилась заработная плата медицинского персонала (рис. 2).

В текущем году завершаются мероприятия региональной программы здравоохранения, а ее реализация позволила сделать новый шаг в развитии регионального здравоохранения: повысить доступность амбулаторно-поликлинической помощи, начать переход к оказанию медицинской помощи в соответствии со стандартами и развивать профилактическую составляющую медицины.

Важно отметить, что в Алтайском крае Программа модернизации осуществляется с учетом софинансирования за счет бюджета ТФОМС в рамках территориальной программы ОМС. Доля бюджета ТФОМС в Программе модернизации составляет 13,4%. Так, за период реализации Программы модернизации в медицинские организации, работающие в системе ОМС, было направлено дополнительно более 500 млн. рублей.

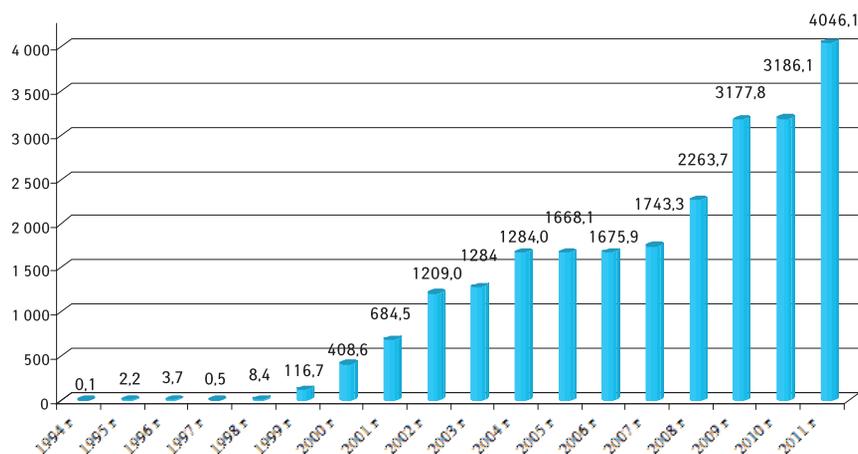


Рис. 1. Динамика страховых взносов на ОМС неработающего населения за 1994-2011 гг., млн. руб.

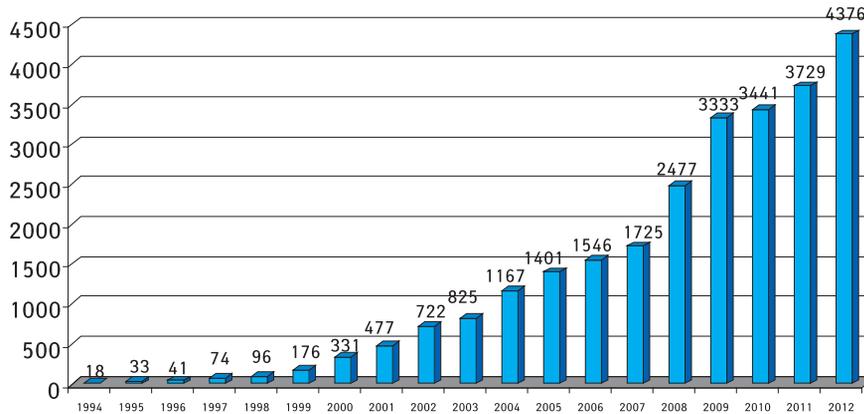


Рис. 2. Обеспеченность 1-го жителя Алтайского края средствами ОМС в рамках территориальной программы ОМС (руб.)

Наряду с этим весомый вклад в улучшение положения медицинских работников в виде дополнительных мер поддержки вносится благодаря усилиям администрации Алтайского края. С 2011 года из краевого бюджета губернаторские доплаты получают врачи особо востребованных специальностей – врачи-хирурги и врачи-анестезиологи-реаниматологи в размере 5 тыс. рублей ежемесячно, молодые специалисты в лечебных учреждениях сельской местности и рабочих поселков со стажем работы до трех лет – по 2 тыс. рублей ежемесячно и операционные медицинские сестры и медицинские сестры-анестезисты стационаров в сумме 1 тыс. рублей. В текущем году губернатор края подписал постановление о введении новых доплат отдельным категориям специалистов в сфере здравоохранения. Доплаты получают врачи стационарных отделений терапевтического профиля (3 тыс. рублей) и средние медицинские работники стационарных отделений независимо от профиля стационара (1 тыс. рублей).

В крае расширена сеть дневных стационаров, реформируется работа поликлинического звена: появилась интернет-запись на прием к специалистам, удаленная регистрация.

На сегодняшний день уже можно отметить позитивные социальные эффекты, как сокращение очередей в поликлиниках, уменьшение неудовлетворенности и снижение социальной напряженности среди населения. По результатам соцопросов, проведенных в 2011 году, в целом удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи, куда входят и оценки по организации оказания медицинской помощи, в лечебной сети края регистрируется на уровне 85,7% при общероссийском показателе 66,6%. При этом доступность записи через электронные средства абсолютно одинакова как для жителей города, так и для жителей села. При этом для пациентов районов Алтайского края становится доступной и максимально приближенной также специализированная помощь: записаться на прием в краевые ЛПУ можно по месту жительства на удобное для себя время. Для краевых специализированных учреждений система

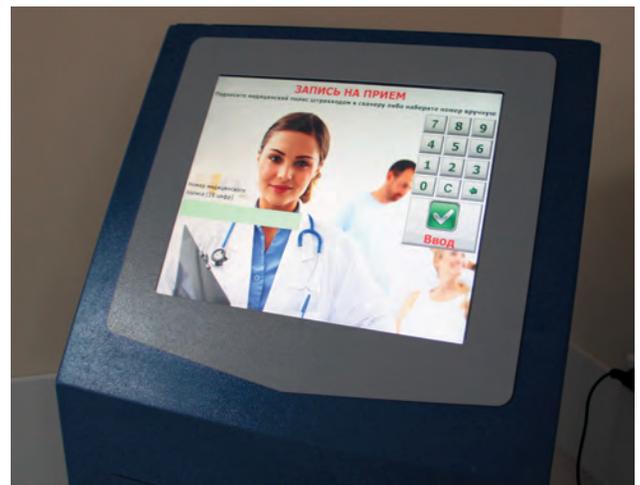
записи позволила не только упорядочить работу регистратуры поликлиник, но и отрегулировать нагрузку и расписание работы поликлинических врачей.

92 учреждения здравоохранения края участвуют в мероприятиях по внедрению 50 стандартов оказания медицинской помощи по 12 профилям. Внедрение стандартов направлено и на повышение качества медицинской помощи, и на увеличение заработной платы врачей и среднего медицинского персонала. Плановый объем пролеченных больных на 2012 год составит 29307 человек.

В свою очередь проводимые мероприятия уже повлияли на уровень заболеваемости жителей края, улучшение показателей их здоровья. Улучшилась демографическая ситуация. Снизился уровень первичной инвалидности взрослого населения и показатель общей смертности трудоспособного населения. Вырос уровень выявляемости онкологических заболеваний на ранних стадиях. Очень важно внедрение стандарта медицинской помощи для детей с миопией, что позволит снизить детскую инвалидизацию от этого заболевания.

В рамках программы модернизации здравоохранения Алтайского края ведется капитальный ремонт и реконструкция учреждений здравоохранения. В их число, в первую очередь, включены объекты сельского здравоохранения – центральные районные больницы, ФАПы, сельские врачебные амбулатории.

Работает программа по привлечению молодых специалистов на село. На эти цели в Алтайском крае продолжают осуществляться единовременные компенсационные



Записаться на прием в поликлинику можно при помощи электронной регистратуры



Роддом КГБУЗ «Городская клиническая больница № 11 г. Барнаула». Ремонт и оснащение детской реанимации проведены в рамках региональной программы модернизации здравоохранения

выплаты в размере 1 млн. рублей медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим (переехавшим) в 2011-2012 годах на работу в сельский населенный пункт. Финансовое обеспечение осуществляется территориальным фондом ОМС в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Меры по поддержке сельских медиков, предпринятые на федеральном уровне, крайне актуальны для Алтайского края, поскольку это способствует укреплению кадрового состава сельских медицинских учреждений. И на сегодняшний день реализация проекта позволила привлечь на работу 131 молодого специалиста в 40 медицинских учреждений края.

Обновляется материально-техническая база. В лечебные учреждения края на протяжении последних лет поступает новое оборудование – по национальному проекту «Здоровье» и региональной программе модернизации здравоохранения.

Наши застрахованные имеют возможность получать медицинскую помощь в других регионах страны, а иногородние – в лечебных учреждениях края. За 2011 год фондом были оплачены счета в сумме 78,9 млн. рублей за лечение жителей Алтайского края в медицинских организациях других субъектов РФ.

Для населения расширились возможности, связанные с профилактикой и предупреждением заболеваний. В рамках национального проекта «Здоровье» дополнительную диспансеризацию прошли более половины всего работающего населения Алтайского края.

Сегодня за счет средств обязательного медицинского страхования финансируется работа учреждений здравоохранения принципиально нового типа – Центров здоро-

вья для взрослых и детей. В Алтайском крае организованы шесть Центров здоровья для взрослых и два Центра здоровья для детей. В 2011 году число обратившихся в Центры здоровья составило чуть более 26 тысяч человек, а за первое полугодие 2012 года – уже более 19 тысяч человек.

В 2011 году за счет средств краевого бюджета в рамках краевой целевой программы «Формирование и пропаганда здорового образа жизни среди населения Алтайского края» приобретено оборудование для мобильного центра здоровья для взрослых и детей, что позволяет охватить профилактической работой жителей отдаленных районов края. Инициатором этого социально ориентированного проекта стал губернатор края А.Б. Кардин, и за год работы бригада врачей-специалистов, в состав которой входят кардиологи, офтальмологи, специалисты функциональной диагностики и т.д., посетила практически

все 60 районов края.

Системная работа по развитию и модернизации здравоохранения края, а также его профилактический составляющей, в целом позитивно отразилась на динамике основных показателей здоровья населения. По данным Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности уровень первичной инвалидности взрослого населения в сравнении с 2006 года снизился на 29,3%, а в трудоспособном возрасте – на 14,5%. Улучшилась демографическая ситуация. Уровень рождаемости за период с 2007 по 2011 гг. вырос на 12,4%. Показатель общей смертности снизился на 2,2%, смертность трудоспособного населения снизилась на 12,5%.

Проводимые в здравоохранении преобразования привели к значительному увеличению заработной платы медицинских работников. Так, за счет финансовых вливаний всех направлений, в целом заработная плата врачей увеличилась до 28,4 тыс. рублей, медицинских сестер до 14,4 тыс. рублей. При этом увеличение заработной платы медицинского персонала напрямую связано и с качественными показателями работы лечебных учреждений.

Региональная программа модернизации здравоохранения Алтайского края предусматривает мероприятия по сбалансированности объемов медицинской помощи, что, в свою очередь, помогает рационально управлять ресурсами здравоохранения, и можно отметить увеличение объемных показателей поликлинического звена, а также достижение федеральных значений объемов медицинской помощи, оказываемой в дневных стационарах.

Сегодня лечебные учреждения не ведут разговор, как выжить – в настоящее время они планируют стратегию

своего развития, ориентированную на оказание пациентам доступной и качественной медицинской помощи.

Роль системы ОМС в жизни каждого из нас, несомненно, будет возрастать. Но и круг проблем, которые предстоит решать, также значительный и основной вопрос настоящего времени - завершение мероприятий по Программе модернизации здравоохранения Алтайского края. И конечно, первостепенной задачей территориального фонда и всей системы обязательного медицинского страхования остается работа по обеспечению застрахованных граждан бесплатной медицинской помощью современного уровня и высокого качества.

Литература

1. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации – Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ // Собрание законодательства РФ. – 06.12.2010. – № 49.
2. Об утверждении Программы модернизации здравоохранения Алтайского края на 2011-2012 годы – Постановление Администрации Алтайского края от 30 марта 2011 № 154 // Сборник законодательства Алтайского края. – Апрель 2011. – № 180.
3. Об утверждении Порядка реализации мероприятий и расходования средств Программы модернизации здравоохранения Алтайского края на 2011-2012 годы – Постановление Администрации Алтайского края от 25.04.2011 № 222 // Сборник законодательства Алтайского края. – Апрель 2011. – № 180.
4. О реализации Постановления Правительства Российской Федерации от 07.02.2011 № 60 «О порядке реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, проводимых в рамках региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации – Постановление Администрации Алтайского края от 24.06.2011 № 351 // Сборник законодательства Алтайского края. – Июнь 2011. – № 182.
5. Об утверждении Правил финансового обеспечения мероприятий по внедрению стандартов оказания медицинской помощи в рамках реализации Программы модернизации здравоохранения Алтайского края на 2011-2012 годы – Постановление Администрации Алтайского края от 28.07.2011 № 410 // Сборник законодательства Алтайского края. – Июль 2011. – № 183.
6. Об утверждении Правил финансового обеспечения мероприятий по диспансеризации 14-летних подростков в рамках Программы модернизации здравоохранения Алтайского края на 2011-2012 годы – Постановление Администрации Алтайского края от 12.12.2011 № 727 // Сборник законодательства Алтайского края. – Декабрь 2011 – № 188.
7. Об осуществлении в 2012 году единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников в сельских населенных пунктах – Постановление Администрации Алтайского края от 09.02.2012 № 60 // Сборник законодательства Алтайского края. – Февраль 2012. – № 190.

Для корреспонденции:

М.Д. Богатырева – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края
Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Алтайского края (ТФОМС Алтайского края)
Адрес: 656049, г. Барнаул, пр-т Красноармейский, д. 72
Телефон: (8-3852) 63-29-79, факс: (3852) 63-68-36, e-mail: general@tfoms22.ru

For correspondence:

M.D. Bogatyryova – Director of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Altai Territory
The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Altai Territory (TFOMI of the Altai Territory)
Address: Pr. Krasnoarmeysky 72, Barnaul city, 656049
Tel.: (8-3852) 63-29-79, Fax: (3852) 63-68-36, e-mail: general@tfoms22.ru

УДК 614.2

О государственно-частном партнерстве в сфере обязательного медицинского страхования Пермского края

В.В. Бабин¹, И.К. Новоселова¹, С.А. Рыжаков²

¹Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Пермского края;

²ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера»



В.В. Бабин



И.К. Новоселова



С.А. Рыжаков

Резюме

Модель государственно-частного партнерства является одной из существенных моделей развития системы здравоохранения многих стран с развитой экономикой. При активном создании условий для включения частных медицинских организаций в систему обязательного медицинского страхования развитие частного сектора может стать важным фактором повышения доступности качественной медицинской помощи для значительной части населения. В статье представлен опыт, тенденции, проблемы, трудности и результаты участия частных медицинских организаций в реализации территориальной программы ОМС

в Пермском крае, позволившие стимулировать усиление конкуренции между МО в системе ОМС, расширить для застрахованных лиц возможности выбора и содействовать повышению эффективности государственного, муниципального и частного секторов здравоохранения.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, государственно-частное партнерство, частные медицинские организации, территориальная программа обязательного медицинского страхования, конкурентная среда в здравоохранении.

Abstract

State-private partnership in the sphere of obligatory medical insurance of the Perm Territory

V.V. Babin¹, I.K. Novoselova¹, S.A. Ryzhakov²

¹The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Perm Territory;

²The E.A. Wagner Perm State Medical Academy

Model of state-private partnership is one of the considerable models of the development of healthcare systems in many countries with advanced economy. With the active creation of conditions for the inclusion of private medical organizations in the system of obligatory medical insurance the development of the private sector can become an important factor in improving access to a qualitative medical care for a large part of the population. In the article there is presented experience, trends, problems, difficulties and results of the participation of private medical organizations in the implementation of

the territorial OMI program in the Perm Territory, which allowed to stimulate an enhancement of competition between medical organizations in the OMI system, to expand for insured persons the possibility of choice and to facilitate an efficiency increase in the state, municipal and private health sectors.

Key words: Obligatory medical insurance, state-private partnership, private medical organization, territorial program of obligatory medical insurance, competitive environment in healthcare.

В марте 2012 года на круглом столе в Государственной Думе РФ Комитетом по охране здоровья обсуждены вопросы организации государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения, где отмечено, что для доведения материально-технической базы здравоохранения до среднеевропейского уровня необходимо построить в РФ порядка 500 региональных больниц, потратить на реконструкцию свыше двух триллионов рублей. Если идти традиционным путем (за счет Федерального, региональных и муниципальных бюджетов), это займет порядка 80 лет. Модель государственно-частного партнерства является одной из существенных моделей развития системы здравоохранения многих стран с развитой экономикой [3].

Данные проведенного национальным исследовательским университетом «Высшая школа экономики» социологического опроса руководителей частных медицинских организаций (МО) в РФ свидетельствуют о том, что большинство из них, в отличие от расхожего представления об ориентации только на богатых, позиционируют себя на рынке как предоставляющие услуги среднему классу и составляют в этом заметную конкуренцию государственному сектору, перетягивая на себя часть платежеспособного спроса среднего класса. Вместе с тем рынок частных медицинских услуг развивается пока практически вне общественной системы финансирования здравоохранения. Поэтому характер дальнейшего развития частной медицины и ее роль в системе здравоохранения будут во многом определяться политикой государства в области развития медицинского страхования. При активном создании условий для включения частных МО в систему обязательного медицинского страхования (ОМС) развитие частного сектора может стать важным фактором повышения доступности качественной медицинской помощи для значительной части населения [9].

В условиях реализации Федерального закона от 29.11.2011 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [1] значительно расширились возможности участия в системе ОМС медицинских организаций всех форм собственности. По данным за 2010 год, из 3399 МО негосударственной формы собственности только 623 (18,3%) участвовали в выполнении ПГГ [5, 7]. В 2011 году их было 734 [6]. В 2012 году уже 1200 частных и ведомственных МО начали обслуживать россиян по полису ОМС [4]. В 2013 году в связи с переходом на полный тариф сохранится тенденция к увеличению количества негосударственных медицинских организаций, входящих в систему ОМС [8].

Одним из приоритетных направлений стратегии развития здравоохранения Пермского края на среднесрочную перспективу с 2006 года являлось создание конкурентной среды в здравоохранении путем развития и доступа на рынках медицинских услуг частной медицины. На территории Пермского края в рамках создания конкурентной среды был реализован целый ряд мероприятий.

Осуществлена сбалансированность территориальной программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи (ТПГГ). Это было достигнуто в 2006 году. По факту означает, что региональный бюджет финансирует не только взносы за неработающее население, но и отрицательную разницу между взносами работодателей и расходами на финансирование услуг здравоохранения занятому населению.

Реализован переход к одноканальной системе финансирования с 2007 года. Изначально в крае, как и в других регионах России, из средств ОМС финансировались лишь 5 расходных статей (заработная плата, начисления на заработную плату, медикаменты, мягкий инвентарь и питание), другие – из бюджета.

Внедрена система фондодержания амбулаторно-поликлинического звена в Пермском крае со второго полугодия 2008 года на четырех пилотных территориях, с 2009 года – на территории всего края. Она позволила организовать конкуренцию между медицинскими организациями-фондодержателями за гражданина и конкуренцию между медицинскими организациями за право предоставления консультативной и стационарной медицинской помощи.

Сформировалась конкуренция между организациями за право исполнения заказа для нужд медицинских организаций (аутсорсинг). Осуществляется на основе торгов, критерием победы в которых служит цена. В крае на аутсорсинг выведены следующие услуги: техническое обслуживание медицинской техники; стирка белья; охранные услуги; организация лечебного питания; транспортные услуги; сбор, обезвреживание, транспортировка и размещение медицинских отходов; лабораторные и инструментальные исследования (магниторезонансная томография); выполнение полетов, связанных с оказанием медицинской помощи населению Пермского края. В 2006-2009 годах наблюдался бурный рост объема выведенных на аутсорсинг услуг. Среднегодовые темпы роста данного сектора составили в рассматриваемый период 31%. С 2009 года темп замедлился. Это свидетельствует о том, что возможности выведения на аутсорсинг услуг в рамках приведенного выше перечня в значительной степени исчерпаны. Однако в результате создан рынок емкостью почти 1 млрд. рублей, или 6% от общей стоимости территориальной программы государственных гарантий.

Осуществляется привлечение частного сектора к оказанию медицинских услуг. Особо в данном направлении стоит отметить наделение финансово-хозяйственной самостоятельностью фондодержателя путем создания частных врачей общей практики и развития групповой частной врачебной практики. С 1 января 2009 года частные врачи общей практики приступили к оказанию медицинской помощи. В рамках работы бизнес-инкубатора создаются частные кабинеты специалистов поликлиники на базе муниципальных учреждений здравоохранения: офтальмолога, невролога, эндокринолога, кардиолога, стоматолога.

в разрезе специальностей в десятке лидеров: на первом месте – терапия (32,9%), далее – акушерство и гинекология (8,6%), хирургия (7,9%), общеврачебная практика (ОВП) (7,7%), неврология (7,6%), травматология (7,1%), оториноларингология (6,8%), офтальмология (6,5%), эндокринология (3%), дерматология (2,6%) (рис. 3). По количеству частных МО, участвующих в выполнении ТП ОМС по отдельным профилям, больше всего по неврологии – 23 МО, оториноларингологии – 22 МО, акушерству и гинекологии, офтальмологии, хирургии – по 19 МО, дерматологии – 17, кардиологии, терапии, эндокринологии – по 15 МО, урологии – 14.

Сегодня в РФ большинство клиник, вошедших в ОМС, стоматологические [4]. В Прикамье по стоматологии в амбулаторных условиях оказывают МП 30 частных МО (42%), из них 16 – только по стоматологии, в разрезе специальностей в том числе: терапевтическая стоматология – 26 МО, хирургическая стоматология – 9 МО, детская стоматология – 5 МО, зубной врач – 4 МО, стоматология – 3 МО. По доле объема задания по стоматологическим профилям: 68% - терапевтическая стоматология, 22% - детская, 9% - хирургическая.

В условиях дневного стационара при поликлинике МП оказывают 22 частных МО по 8 профилям, в том числе: 11 МО – по терапии, 8 МО – по общей врачебной практике, 3 – по гинекологии, 2 – гемодиализ, по 1 МО – по кардиологии, хирургии, ЛОР и офтальмологии. По доле объема задания по частным МО в разрезе специальностей в условиях ДСП: 63,5% - гемодиализ, 22,5% - терапия, 6% - ОВП, 4% - кардиология, 2% - гинекология, по 1% - ЛОР и офтальмолог.

В СНД МП оказывают 9 частных МО по 2 специальностям: терапия – 5 МО, ОВП – 4 МО.

В условиях круглосуточного стационара (КСС) МП оказывают только 2 МО по 6 профилям: частный роддом - по акушерству (2800 койко-дней) и больница РЖД (16508 койко-дней) - по терапии, гинекологии, кардиологии, неврологии и плановой хирургии. Объем МП в условиях КСС в частных МО максимально составил 26246 койко-дней (0,51 % в общем объеме МП по КСС) в 2011 году и уменьшился до 19308 (0,39%) в 2012 году.

По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления МП по ОМС (КОСКиУМП) [2] удельный вес нарушений от проверенных случаев в частных МО в 2009-2010 годах был ниже средних по краю с постоянной тенденцией к увеличению. В 2011 году отмечено превышение среднеевропейского уровня нарушений на 7,5% (рис. 4). В разрезе видов контроля в частных МО, так же как и в среднем по краю, в 2011 году превалируют нарушения, выявленные в ходе медико-экономической экспертизы (МЭЭ), – 91,8%, при этом удельный вес нарушений, выявленных при МЭЭ, на 20% выше среднеевропейского уровня. Структура нарушений при МЭЭ сходна со структурой по краю: лидируют нарушения, связанные с предъявлением на оплату счетов и реестров счетов (88,2%), дефекты оформления первичной меди-

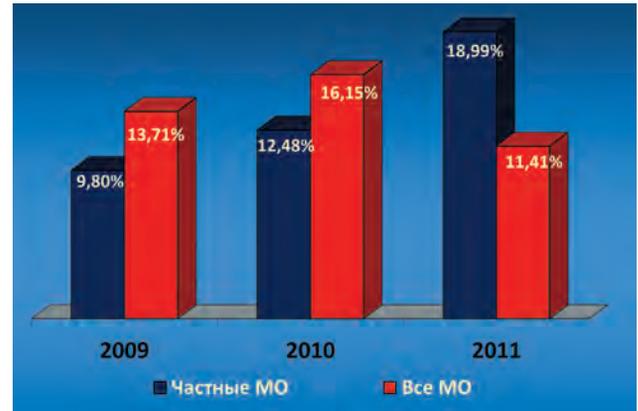


Рис. 4. Доля выявленных нарушений по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления МП по ОМС в частных медицинских организациях Пермского края



Рис. 5. Жалобы на частные медицинские организации в сфере ОМС Пермского края

цинской документации (10%), прочие нарушения (1,6%). Отмечается положительная тенденция уменьшения доли случаев с нарушениями оформления медицинской документации, взимания платы за МП с застрахованных лиц. Удельный вес нарушений, выявленных в ходе экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП), на 20% ниже среднеевропейского (8,2%). Структура нарушений при ЭКМП отлична от среднеевропейской: на первом месте – нарушения при оказании медицинской помощи (45,2%) с негативной тенденцией к увеличению, тогда как по краю на первом месте – дефекты оформления первичной медицинской документации. Вторую позицию при ЭКМП среди частных МО занимают дефекты оформления первичной медицинской документации (27,9%) также с тенденцией к увеличению, тогда как по краю - нарушения при оказании медицинской помощи; на третьем месте, также как и по краю, - прочие нарушения (26%); далее – ограничение доступности МП с ростом, но ниже среднеевропейских показателей, и нарушения информированности со значительным снижением и ниже среднеевропейского. Показательно, что нет случаев нарушения этики и деонтологии меди-



Рис. 6. Участие частных медицинских организаций в реализации фондодержания в сфере ОМС Пермского края

цинскими работниками. Сумма финансовых санкций по результатам контроля частных МО имеет тенденцию к росту: в 2009 году с частных МО было удержано 1,7% от суммы, удержанной со всех МО Пермского края; в 2010 – 2,8%, в 2011 – 10,7% от всей суммы.

Анализ работы по защите прав застрахованных лиц показал, что за период с 2007 по 2012 год удельный вес жалоб на эти МО от общего их числа вырос в 7 раз, удельный вес обоснованных жалоб от общего их числа – в 5 раз (рис. 5). При этом следует подчеркнуть, что доля обоснованных жалоб на частные МО за все эти годы ниже среднекраевого показателя по всем МО. В структуре их в Пермском крае преобладали жалобы, связанные с взиманием денежных средств за медицинскую помощь по программам ОМС. Однако, за период с 2007 по 2011 годы отмечалось уменьшение доли обоснованных жалоб, связанных с взиманием денежных средств за медицинскую помощь по программам ОМС, с отказом в медицинской помощи. В то же время увеличился удельный вес обоснованных жалоб, связанных с ненадлежащим качеством медицинской помощи, с организацией работы медицинских организаций.

Целевое использование средств ОМС проверялось в 7% частных МО в 2007 году и 20% в 2011 году. Нарушения выявлены в 2007 году в 75% проверенных МО, в 2010 году – в 33%, в 2011 г. – 46%. В ходе проверок выявлены следующие нарушения: средства ОМС включались в налогооблагаемую базу и уплачивался налог на доходы за счет средств ОМС; нарушался отдельный учет по средствам ОМС и средствам, полученным от оказания платных услуг; средства ОМС направлялись на оплату видов медицинской помощи, не включенных в ТП ОМС, на оплату расходов, не включенных в структуру тарифов на оказание МП, оказываемой в рамках ТП ОМС, на финансирование подразделений медицинских организаций, финансируемых за счет средств бюджета, платных услуг, расходование средств сверх норм; расходование средств при отсутствии подтверждающих документов; на оплату собственных обязательств (долгов), не связанных с деятель-

ностью по ОМС. Кроме того, проверяемые медицинские организации предоставляли в ТФОМС Пермского края отчетность, не соответствующую бухгалтерским данным. Тем не менее, в среднем суммы нецелевого использования средств ОМС в частных МО все эти годы меньше среднекраевого показателя.

Суммы кредиторской задолженности у частных МО небольшие, в основном текущая задолженность, а доля просроченной только у отдельных частных МО и значительно ниже, чем среднекраевой показатель: по частным МО – 1%, по краю – 17%.

Частные МО активно участвуют в реализации фондодержания (ФД) с ежегодным их увеличением: от 1 в 2008 году до 27 в 2012 году, т.е. каждая пятая МО-фондодержатель (МО-ФД) – негосударственной и не-муниципальной формы собственности. В 2012 году 40% частных МО являются фондодержателями с количеством прикрепленного населения в 144 983 чел. Доля прикрепившихся к частным МО – ФД граждан выросла в 7 раз – с 0,8% в 2008 году до 5,4% в 2012 году. По результатам КОСКИУМП удельный вес дефектных случаев постоянно уменьшается (за 3 года более чем в 2 раза). Сумма финансового результата, перечисленного в частные МО-ФД, превысила 26 млн. руб. и увеличилась в 10 раз – с 2,5 млн. руб. в 2009 году до 9 млн. р. в 2011 году (рис. 6).

Количество МО-ФД, участвующих в проекте «Развитие кластера частного здравоохранения», выросло в 2 раза – с 6 в 2010 году до 11 в 2012 году. Все эти МО – в сельской местности, это ООО «СВА» и ВОП. Численность застрахованных лиц, прикрепившихся к ним, составляет 18 096 чел. – 0,7% от всех прикрепившихся граждан. Доля экстренных госпитализаций на 6% меньше, чем в среднем по Пермскому краю. Жалоб практически нет. Сумма финансового результата, перечисленного в них, составила почти 6 млн. руб.

По данным социологического опроса руководителей частных МО в РФ, в качестве основных препятствий для дальнейшего развития частного сектора руководители частных МО чаще всего указывали: административные, бюрократические барьеры – 58,4% респондентов и отсутствие платежеспособного спроса – 55,2%. Лишь немногие из опрошенных (12%) считают конкуренцию со стороны учреждений государственной системы здравоохранения сдерживающим фактором развития частного сектора, а также указывали на длительный срок окупаемости инвестиций [9].

На территории Пермского края по данным опроса частных медицинских организаций выделены следующие проблемы при оказании медицинской помощи населению Пермского края в рамках ТП ОМС: экономического характера – низкий тариф ОМС, не покрывающий высокую плату за теплоснабжение, электроэнергию; не включенный в структуру тарифов расходы на обеспечение специальным питанием медицинских работников, работа которых связана с вредными и опасными для здоровья и жизни условиями труда; высокая арендная плата за по-

мещение, оборудование, санитарный транспорт, мебель и иное имущество; сложность в получении льготного кредита; невозможность проведения ремонтов из-за отсутствия целевых средств. Проблемы организационного характера - отсутствие возможности записи к узким специалистам через электронную регистратуру; неясная система распределения задания и необходимость своевременного перераспределения невыполненного планового задания между государственными и негосударственными МО; повышение квалификации и профессиональная переподготовка специалистов не проводится за счет выделения бесплатных путевок на обучение; не засчитывается в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости, лицам МО частных форм собственности; недостаток узких специалистов; нет актуальной информации об изменениях от органов управления здравоохранением Пермского края.

При работе с негосударственными МО следует обратить внимание на следующие возникающие трудности: не все и несвоевременно сдают отчеты; участвуют, в основном, небольшие МО с малым объемом задания по ОМС, поэтому нет большой заинтересованности; работают короткий срок. Непредсказуемость поведения частных МО в системе ОМС может привести к трудностям развертывания муниципальной сети вместо частной. Не развит институт представителей СМО в МО немуниципальной и негосударственной формы собственности. Недостаточное информирование застрахованных лиц в этих МО.

В целом, для частных МО привлекательнее оказание МП в амбулаторных и стационарозамещающих условиях. Качество оказания МП в частных МО выше, чем в других. Нет случаев нарушения этики и деонтологии медицинскими работниками. На эти МО реже поступают обоснованные жалобы застрахованных лиц. Кредиторской задолженности практически нет, т.к. живут по средствам, не рассчитывают на стороннюю помощь. Участие частных

МО в реализации ТП ОМС способствует совершенствованию оформления в них должным образом первичной медицинской документации.

Таким образом, расширение участия частных МО в ОМС стимулирует усиление конкуренции между МО в системе ОМС, расширяет для застрахованных граждан возможности выбора и содействует повышению эффективности и государственного/муниципального и частного секторов здравоохранения.

Литература

1. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
2. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».
3. Вопросы организации государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения обсуждены на круглом столе в Государственной Думе Российской Федерации // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2012. - № 2. - С. 19.
4. Государственные медучреждения должны составить конкуренцию частным // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2012. - № 2. - С. 30.
5. Доклад о реализации ПГГ оказания гражданам РФ бесплатной МП в 2010 году // МЗиСР РФ. – М., 2011. – С. 9.
6. Доклад о реализации ПГГ оказания гражданам РФ бесплатной МП в 2011 году // МЗиСР РФ. – М., 2012.
7. Здравоохранение в России, 2011: Стат.сб. / Росстат. – М., 2011. – С. 134, 140.
8. Кравчук С.Г. Об увеличении количества медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2012. - № 5. - С. 34.
9. Шишкин С.В., Потапчик Е.Г., Селезнева Е.В. Частные медицинские учреждения: позиционирование на рынке и готовность участвовать в ОМС // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2012. - № 2. - С. 46-53.

Для корреспонденции:

Бабин Вадим Владимирович - директор ТФОМС Пермского края. E-mail: vbabin@tfoms.perm.ru. Тел: (342) 265-15-38

Новоселова Ирина Константиновна - заместитель директора ТФОМС Пермского края.

E-mail: inovoselova@tfoms.perm.ru. Тел: (342) 291-50-71

Рыжаков Сергей Александрович – доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения РФ.

E-mail: sar4949@bk.ru. Тел: (342) 212-09-85

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Пермского края.

Адрес: 614060, г. Пермь, ул. Уральская, д. 119. Тел: (342) 265-15-38. Факс: (342) 291-50-84. E-mail: general@tfoms.perm.ru.

For correspondence:

Vadim V. Babin - Director of the TFOMI of the Perm Territory. E-mail: vbabin@tfoms.perm.ru. Tel.: (342) 265-15-38

Irina K. Novoselova – Deputy Director of the TFOMI of the Perm Territory. E-mail: inovoselova@tfoms.perm.ru. Tel.: (342) 291-50-71

Sergey A. Ryzhakov – Assistant Professor of the Chair of Public Health of the E.A. Wanger Perm State Medical Academy of the Ministry of Public Health of the Russian Federation. E-mail: sar4949@bk.ru. Tel.: (342) 212-09-85

The Territorial Foundation of Obligatory medical insurance of the Perm Territory .

Address: Ul. Uralskaya 119, Perm City 614060. Tel.: (342) 265-15-38. Fax: (342) 291-50-84. E-mail: general@tfoms.perm.ru.

УДК 614.2

О мониторинге выполнения территориальной программы обязательного медицинского страхования в регионах

И.А. Гехт¹, Г.Б. Артемьева²¹Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Самарской области;²Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Рязанской области

И.А. Гехт



Г.Б. Артемьева

Резюме

Формирование территориальной программы обязательного медицинского страхования и анализ ее выполнения являются важнейшими задачами территориальных фондов обязательного медицинского страхования. В статье приводятся некоторые формы мониторинга выполнения основных показателей территориальной программы обязательного медицинского страхования и тарифного соглашения. Реформирование системы

обязательного медицинского страхования должно предусматривать создание в территориальных фондах аналитических структурных подразделений.

Ключевые слова: территориальная программа обязательного медицинского страхования, тарифное соглашение, мониторинг выполнения нормативов.

Abstract

Monitoring of the implementation of the territorial obligatory medical insurance program in regions

I.A. Geht¹, G.B. Artemyeva²¹The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Samara Region;²The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Ryazan Region

The formation of the territorial program of obligatory medical insurance and an analysis of its execution are the most important tasks of the territorial funds of obligatory medical insurance. The article provides some forms of monitoring of the implementation of the main indicators of the territorial program of obligatory medical insurance and the tariff agreement. The reform of the system of obligatory med-

ical insurance should provide the establishment of analytical structural subdivisions in the territorial foundations of obligatory medical insurance.

Key words: Territorial program of obligatory medical insurance, tariff agreement, monitoring of implementation of the standards.

Основными функциями ТФОМС является участие в формировании территориальной программы ОМС и ее финансовое обеспечение. Но обе эти задачи трудно выполнимы без аналитической работы, предполагающей тщательное изучение результатов деятельности всех участников системы обязательного медицинского страхования по реализации территориальной программы ОМС, контроль за рациональным и эффективным расходованием средств ОМС и выполнением нормативов, определенных основными документами сферы ОМС. Цель представленной работы: обратить внимание на важность аналитической деятельности ТФОМС для повышения эффективности деятельности отдельных медицинских организаций и всей региональной системы здравоохранения и обязательного медицинского страхования.

Анализ выполнения территориальной программы ОМС и нормативов, установленных тарифным соглашением, основан на мониторинге выполнения объемных и финансовых показателей деятельности отдельных медицинских организаций, работающих в системе ОМС. Материалами для мониторинга служат: регистр застрахованных по обязательному медицинскому страхованию граждан, база счетов за медицинские услуги, выставяемые медицинскими организациями в страховые медицинские организации, акты проверок контрольно-ревизионной и экспертной службами медицинских организаций, данные из меню, предоставляемых медицинскими организациями, акты сверки СМО и медицинских организаций, формы статистической отчетности (ф. 14).

Основу мониторинга по указанным разделам составляют аналитические разработки, которые осуществляются аналитическим управлением, объединившим отдел статистики и оргметодотдел. Информационный отдел занимается информационным обеспечением всей деятельности фонда, в том числе постоянной актуализацией регистра застрахованных, сбором и контролем счетов медицинских организаций. Этот отдел является основным поставщиком материалов для анализа, а также проводит медико-экономический контроль счетов, принятых для оплаты и оплаченных страховыми медицинскими организациями, выявляя некорректно выставленные и дублирующие счета, случаи одновременного получения застрахованным гражданином медицинской помощи в стационаре и поликлинике, высокую кратность госпитализаций с одним и тем же диагнозом или с одним классом заболеваний, нереальные объемы медицинской помощи, оказанной одним специалистом, лечение пациентов в стационаре с длительностью 1-2 дня. Выявленная дефектура доводится до сведения страховых медицинских организаций, которые принимают меры по усилению контроля за оказанием медицинской помощи.

Информационный отдел постоянно актуализирует регистр застрахованных граждан, что приобретает особое значение с переходом на подушевой метод оплаты медицинской помощи. При этом имеет большое значение не только численность, но и возрастной и половой

состав застрахованных лиц: финансово-экономическое благополучие амбулаторно-поликлинического учреждения в условиях подушевого финансирования с элементами фондодержания во многом зависит от структуры и численности прикрепленного населения. Так, нами было определено, что при фондодержании недостаток финансовых средств может сложиться в тех поликлиниках, где доля детей превышает 17%, а пенсионеров 25%. Результаты аналитической работы вместе с показателями достижения установленных критериев деятельности медицинской организации могут явиться основаниями для реструктуризации сети амбулаторно-поликлинических учреждений.

Мониторинг выполнения территориальной программы ОМС проводится в 2 этапа: выполнение территориальной программы в разрезе муниципальных образований, выполнение плановых объемов медицинской помощи на уровне медицинских организаций.

Первый этап предусматривает расчет по принятым к оплате счетам в разрезе всех условий предоставления медицинской помощи показателей, характеризующих объемы помощи и затраты ресурсов на ее оказание. Анализ проводится ежемесячно. При этом амбулаторная помощь характеризуется числом посещений, обращений и отдельных медицинских услуг, оказанных во всех медицинских организациях. Данные приводятся в абсолютных числах и на 1000 населения муниципального образования. Отдельно выделяется амбулаторная помощь, которая оказана не по месту жительства застрахованных граждан («внешние услуги»), и рассчитывается удельный вес «внешних» услуг.

Эти данные имеют важное значение при фондодержании, т.к. позволяют прогнозировать объем средств поликлиник, необходимых для оплаты медицинских услуг, которые невозможно предоставить по месту жительства пациента. В то же время определяются потоки пациентов, помощь которым необходимо организовать вне места проживания.

Кроме того, анализируется финансовая характеристика оказанной медицинской помощи, в разрезе муниципальных образований определяются затраты на амбулаторную помощь, средняя стоимость одного посещения или медицинской услуги, в том числе и «внешней».

При необходимости вся амбулаторная помощь распределяется по классам болезней, по полу и возрасту пациентов, «внешние» услуги делятся по месту их оказания, рассчитываются индексы, характеризующие соотношение амбулаторной и стационарной помощи и т.д.

Аналитическим управлением проводится подробный анализ стационарной медицинской помощи: учитываются плановые госпитализации и госпитализации по экстренным показаниям, отдельно в этих группах рассматриваются госпитализации внутри муниципального образования и за его пределами, при этом определяется средняя стоимость одной госпитализации и одного койко-дня. Анализ стационарной помощи в 2010-2012

годах выявил, что доля госпитализаций по экстренным показаниям остается достаточно высокой - 74%, в течение последних 4 лет наблюдается рост удельного веса «внешних» услуг в сельских районах, в 2012 году он составил 43% (в 2010 – 38%). В некоторых пригородных районах этот показатель превышает 50%.

Анализ стационарной и стационарозамещающей помощи при необходимости позволяет рассчитывать коэффициенты, характеризующие госпитализацию: по классам болезней и отдельным нозологическим формам (структура, стоимость, длительность лечения и т.д.), по возрастным группам, по муниципальным образованиям и т.д., а также определять индексы, характеризующие соотношение зарегистрированной заболеваемости и уровня госпитализации.

Плановый анализ выполнения территориальной программы ОМС отдельными медицинскими организациями осуществляется ежеквартально, в то же время в режиме реального времени при необходимости можно получить полную картину деятельности любой медицинской организации. Фактическое выполнение плановых объемов медицинской помощи и их финансовая характеристика рассматриваются по каждой медицинской организации в разрезе всех условий предоставления медицинской помощи.

По результатам анализа все медицинские организации делятся на группы по степени выполнения плановых объемов территориальной программы ОМС. Материалы анализа, а также предложения ТФОМС передаются в органы управления здравоохранением, а также в комиссию по разработке территориальной программы ОМС корректив.

Большое значение имеет мониторинг выполнения нормативов Тарифного соглашения: формирование фонда оплаты труда и соблюдение сроков и размеров выплаты заработной платы, что особенно актуально в связи с реализацией мероприятий, направленных на повышение оплаты труда медицинских работников, соблюдение финансовых нормативов питания больных в круглосуточных и дневных стационарах, соблюдение нормативов расходов на медикаменты, мониторинг цен на медицинские услуги.

При мониторинге оплаты труда сравниваются расчётные показатели фонда оплаты труда, утвержденный фонд оплаты труда и фактически выплаченная заработная плата. При этом все медицинские организации распределяются по группам в зависимости от расхождений фонда оплаты труда с расчетными показателями: группа высокого риска – превышение более 25%, умеренного риска – 10-25%, вне риска 5-10%. Вначале большинство медицинских организаций попали в группы риска, но в результате проведенной оптимизации значительно сократилось число медицинских организаций, оказавшихся в зоне риска.

Мониторинг расходов на питание проводится в течение 4 последних лет. Так как закупка продуктов пита-

ния производится неритмично, имеет значение сезонная заготовка продуктов, то руководствоваться при анализе расходов на питание формой статистического наблюдения (ф.14) не совсем корректно. В качестве материалов для анализа были взяты ежедневные меню медицинских организаций с калькуляцией. Их сбор осуществляют филиалы фонда 1 раз в месяц и передают в аналитическое управление, которое, используя сведения о фактически проведенных больными койко-днях в стационаре, рассчитывает расходы на питание больных на один день и сравнивает этот показатель с нормативом. Итогом этой работы является ранжирование медицинских организаций по степени выполнения нормативов на питание. С удовлетворением следует отметить, что после внедрения мониторинга подавляющее большинство медицинских организаций полностью осваивает средства на питание больных.

Анализ расходов на медикаменты проводится ежеквартально по разработанной методике, в соответствии с которой определяются расходы на медикаменты как разница между фактической стоимостью одного койко-дня (по принятым к оплате счетам) и суммой кассовых расходов на оплату труда с начислениями, на питание (по данным меню) и на мягкий инвентарь.

Рассчитанные таким образом фактические расходы на медикаменты на один день в стационаре сравниваются с нормативами тарифного соглашения. В отдельных медицинских организациях при плановых проверках определяются расходы на медикаменты при анализе требований на медикаменты и расчете расходов на 1 койко-день.

В Рязанской области анализ медикаментозного обеспечения дополняется контролем соответствиякупаемых лекарственных препаратов утвержденному в медицинской организации формулярному списку.

Мониторинг применения прейскуранта цен на медицинские услуги проводится путем сравнения стоимости оплаченных услуг с действующим прейскурантом цен, являющимся составной частью тарифного соглашения. Аналитиков интересует правильность применения прейскуранта (соответствие диагноза позициям КСГ), длительность лечения (применение коэффициентов), некоторые особенности применения КСГ (например, когда дорогостоящие препараты приобретались централизованно по целевым программам за счёт средств регионального бюджета, их стоимость должна вычитаться из стоимости лечения). По замечаниям специалистов страховые медицинские организации корректируют оплату медицинских услуг и вносят предложения по совершенствованию прейскуранта.

Следует отметить, что в статье приведена только часть аналитической работы, проводимой в ТФОМС. Кроме того, регулярно мониторируются межтерриториальные взаиморасчеты, работа по защите прав пациентов, финансово-экономические показатели и т.д. В Рязанской области по форме ПГ ранжируются медицинские организации.

Таким образом, постоянный мониторинг выполнения территориальной программы ОМС и тарифного соглашения имеют важное значение для формирования территориальной программы ОМС и распределения ее объемов между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, совершенствования организации медицинской помощи в регионе, повышения эффективности деятельности отдельных медицинских организаций и всей региональной системы здравоохранения и обязательного медицинского страхования. Для выполнения всей этой работы целесообразно создание соответствующих аналитических подразделений в ТФОМС.

Литература

1. Закон РФ от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
2. Закон РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
3. Медицинское страхование: проблемы и перспективы. - Самара. - 2008. - 300 с.
4. Постановление Правительства РФ от 22.10.2012 г. № 1074 «О программе государственных гарантии бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов».
5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.02.2011 г. № 158н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования».

Для корреспонденции:

И.А. Гехт – д.м.н., профессор кафедр медицинского страхования и общественного здоровья и здравоохранения ИПО Самарского государственного медицинского университета, начальник аналитического управления Территориального фонда ОМС Самарской области, заслуженный врач РФ
г. Самара, Россия, geht@samtfoms.ru

Г.Б. Артемьева – к.м.н., директор Территориального фонда ОМС Рязанской области, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, организации сестринского дела с курсом социальной гигиены и организации здравоохранения ФПДО Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова
г. Рязань, Россия, artemeva.gb@tfoms-rzn.ru

For correspondence:

Igor A. Geht – M.D. Ph.D., Professor of the Chair of Public Health of the Institute of Post-diploma Training of the Samara State Medical University, Head of the Analytic Department of the Territorial Foundation of OMI of the Samara Region, Honored doctor of the Russian Federation, Samara city, Russia, geht@samtfoms.ru

Galina B. Artemyeva – M.D., Ph.D., Director of the Territorial Foundation of OMI of the Ryazan Region, Assistant Professor of the Chair of Public Health, Organization of the Nursing with a Course of Social Hygiene and Public Health Organization of the I.P. Pavlov Ryazan State Medical University, Ryazan city, Russia, artemeva.gb@tfoms-rzn.ru

Обязательное медицинское страхование и социальная политика в СМИ

Нужны выездные службы паллиативной помощи для детей, считает депутат

Служба паллиативной помощи детям в России находится в зачаточном состоянии, ее необходимо развивать, в том числе выездную форму, сообщила на круглом столе Комитета Госдумы по охране здоровья депутат Салия Мурзабаева.

В четверг в Госдуме проходил круглый стол по обсуждению реализации Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в части оказания паллиативной помощи.

«Возникает необходимость создания учреждений детской паллиативной помощи отдельной от взрослой, с другими задачами и функциями. Также необходимо специализированная подготовка медицинских работников, психологов, педагогов и специалистов по социальной работе», — сказала Мурзабаева.

По ее словам, выездная форма службы паллиативной помощи детям функционирует только на единичных территориях, в крупных городах, таких как Москва, Санкт-Петербург, Волгоград, Казань.

«По данным благотворительного фонда развития паллиативной помощи детям, за 2012 год в ней нуждались около 42 тысяч российских детей», — подчеркнула Мурзабаева.

В проекте рекомендаций круглого стола, предоставленном РИА Новости, отмечается, что для создания оптимальных условий детям, страдающим неизлечимыми, ограничивающими продолжительность жизни заболеваниями, а также для помощи членам их семей, в рамках государственной программы развития здравоохранения планируется к 2018 году развить сеть медико-социальных учреждений, специализирующихся на оказании паллиативной помощи детям: открывать их в многопрофильных больницах и самостоятельных учреждениях — хосписах. Этой программой предусмотрено создание 500 паллиативных медицинских коек. В настоящее время в медицинских организациях субъектов РФ, как отмечается в документе, функционируют 390 паллиативных коек.

Председатель правления Российской ассоциации паллиативной медицины Георгий Новиков, выступая на круглом столе, привел цифры Росстата о том, что онкологические пациенты составляют всего 16% от тех, кто нуждается в паллиативной помощи. При этом данный вид медпомощи необходим 1,811 миллиону человек. Он добавил, что это данные 2010 года, но просматривается тенденция к увеличению этих цифр. Так, в 1987 году от онкологических заболеваний умерли 280 тысяч человек, а в настоящее время 320 тысяч человек.

РИА Новости, Москва, (15.03.2013)

Медведев дал поручения по сайту «Российская общественная инициатива»

Премьер-министр России Дмитрий Медведев дал поручения главам Минкомсвязи РФ Николаю Никифорову и Минэкономразвития РФ Андрею Белоусову по использованию интернет-ресурса «Российская общественная инициатива», сообщается на сайте кабмина.

«Включить в инфраструктуру, обеспечивающую информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронной форме, интернет-ресурс «Российская общественная инициатива», — говорится в сообщении.

Поручения были даны во исполнение указа президента РФ Владимира Путина от 4 марта, утверждающего правила рассмотрения законопроектов россиян через интернет-ресурс «Российская общественная инициатива».

Также Белоусову и Никифорову поручено до 10 апреля представить предложения по составу экспертной рабочей группы в соответствии с правилами рассмотрения общественных инициатив, направленных гражданами через интернет-ресурс «Российская общественная инициатива».

Кроме того, министры должны привести акты министерств в соответствие с данным указом совместно с властями субъектов РФ до 10 апреля.

Предполагается, что через интернет-ресурс «Российская общественная инициатива» граждане смогут направить свои предложения по вопросам социально-экономического развития страны, совершенствования государственного и муниципального управления.

РИА Новости, Москва, (18.03.2013)

У россиян появится индекс здоровья

Его разработают Минздрав и Минобрнауки по поручению Госдумы.

Комитет Госдумы по охране здоровья предложил Минздраву и Минобрнауки изучить возможность введения индекса здоровья россиян. В настоящее время понятия «здоровье» и «патология» не определены, рассказал «Известиям» глава комитета Сергей Калашников. Индекс должен установить, насколько человек здоров и каковы его физические возможности.

По мнению Калашникова, индекс должен быть выражен в конкретной цифре. Показатель будет учитывать

возможности человека в зависимости от возрастной группы.

— Если в 25 лет человек может пробежать 100-метровку по нормативу, его организм нормально функционирует, — считает депутат.

В частности, новый индекс, по словам Калашникова, поможет разобраться в проблеме «болезненности» призывников.

— Говорят, что призывники нездоровые и физически плохо подготовлены. Но как это измеряют? Надо прояснить ситуацию.

Заместитель председателя комитета ГД по охране здоровья, врач-терапевт Борис Дорофеев считает, что индексная система прежде всего должна быть применена к детям и подросткам, а показатель необязательно должен быть числовым.

— Скорее всего, это будет характеристика с пометкой, в чем нуждается человек. Это прежде всего касается подростков. Такие сводки нужны для того, чтобы понять проблемы в здравоохранении, а также указать родителям на проблемы ребенка со зрением, осанкой, походкой, — рассказывает он.

Измерить здоровье человека индексом невозможно, уверен президент Общества специалистов доказательной медицины Василий Власов.

— Попытка вывести единый показатель, в котором будут отражены состояние желудка, зрения, мозга, плюсованы показатель трудоспособности и плодовитость человека, напоминает социалистическое соревнование. С научной точки зрения, это необоснованная инициатива, — считает профессор.

При этом реализация новой инициативы комитета, по мнению Власова, поможет выявить, с каким индексом чаще умирают люди, а какие обладают большей жизнестойкостью.

— Подобные исследования уже проводились в прошлом, но в последние 20 лет их не проводили. Реально устранить какую-либо проблему такие индексы не помогут.

Альтернативой индексу состояния здоровья, по мнению врача, может стать исследовательский опыт США. Раз в два года из населения этой страны формируется группа из нескольких тысяч человек, которую подвергают детальному обследованию. В России такие исследования не проводятся, поэтому о реальном состоянии здоровья населения мы ничего не знаем.

По словам главного кардиохирурга Минздрава, президента «Лиги здоровья нации» академика Лео Бокерии, для разделения населения на группы с точки зрения медицины нужно учитывать множество особенностей: начиная с возрастных и гендерных, заканчивая специальностью человека и климатическим поясом его проживания. Чтобы понять, что человек здоров на 90%, по словам врача, достаточно оценить интегральные показатели — температуру тела, артериальное давление, пульс, частоту дыхания — и установить, что человека ничего не беспокоит.

В то, что инициатива комитета может повлиять на состояние национального здоровья, не верят представители родительских комитетов.

— Если говорить о школьниках, то картина их здоровья и так ясна. Индекс ничего нового не даст как в статистике, так и на практике, — считает координатор проектов Ассоциации родительских комитетов и сообществ Анна Кисличенко.

По мнению Кисличенко, проблема здоровья подростков кроется глубже, чем на медицинском уровне: их здоровью угрожает и неправильное питание, и неправильно распределенная нагрузка в школе, и времяпрепровождение у компьютера.

Напомним, 13 марта президент РФ Владимир Путин решил вернуть нормативы ГТО («Готов к труду и обороне») в современном формате. Сдачу нормативов ГТО, по мнению Путина, можно учитывать при поступлении в вузы. Кроме того, результаты физподготовки следует учитывать при оценке учебных заведений, считает президент.

Минздрав и Минобрнауки не смогли предоставить оперативного комментария.

Известия, Москва, (19.03.2013)

Минздрав обязал регионы отчитываться о количестве доноров

На официальном сайте Минздрава появится специальное «окно», в котором будет публиковаться количество доноров в каждом регионе. Таким образом, министерство здравоохранения берет под строгий контроль ситуацию с развитием службы крови и добровольного донорства в регионах. Их обязали ежемесячно представлять в министерство информацию о количестве доноров и проведенных донаций. Об этом сообщила на селекторном совещании с регионами по развитию добровольного донорства замминистра здравоохранения Татьяна Яковлева.

Доноров крови обеспечат напитками и полноценным обедом.

«Мы запрашиваем только четыре показателя: число доноров, в том числе повторных; а также количество донаций, в том числе безвозмездных», — уточнила Яковлева. Все эти данные будут отражаться на сайте министерства, чтобы картина с ситуацией по запасам крови в регионах была прозрачной и доступной всем.

После того, как в начале 2013 года вступил в силу закон о развитии безвозмездного донорства, в некоторых регионах (особенно там, где делалась ставка на дачу крови за деньги, ситуация с кровью ухудшилась). По словам Яковлевой, в некоторых регионах неправильно трактуют закон — уменьшают финансирование службы крови, сокращают ставки медперсонала на станциях переливания, не считают нужным организовать их работу так, чтобы бесплатные доноры, пришедшие дать кровь, чувствовали себя желанными гостями.

«Никто не снимает ответственности с регионов за организацию работы службы крови - это их компетенция», - подчеркнула замминистра. В целом по стране, по данным Минздрава, количество доноров увеличилось на четыре процента, заготовка крови выросла на 28 процентов. Однако в ряде регионов наблюдается падение и числа доноров, и запасов крови. Министерство намерено выравнивать эту картину.

Российская газета, Москва, (19.03.2013)

Минздрав РФ подготовит рекомендации по лечению всех заболеваний

Министр здравоохранения Вероника Скворцова поручила главным внештатным специалистам Минздрава России подготовить предложения к созданию клинических рекомендаций по всем медицинским профилям.

«Клинические рекомендации должны стать платформой для развития соответствующих направлений в медицинской отрасли, - сказала Вероника Скворцова. - Чрезвычайно важно, чтобы документы разрабатывались и принимались с самым широким привлечением профессионального сообщества».

Министр отметила, что единое качество медицинской помощи для всех граждан пока обеспечивается не в полной мере. Но работа по устранению имеющихся «разрывов» уже началась: утверждены порядки и стандарты медицинской помощи. Это позволяет выстроить трехуровневую систему ее оказания. Однако стандарты - это документы медико-экономического характера, они необходимы для правильного планирования лечебной деятельности, расчета нагрузок и т.д., но по ним не лечат пациентов. Для этого необходимо создать клинические рекомендации.

Известно, что медицинские знания полностью обновляются каждые три-пять лет: появляются новые методы лечения, новые препараты и оборудование. Успеть за этим процессом обычному практикующему врачу сложно, даже если он постоянно следит за свежими профессиональными изданиями. Во всем цивилизованном мире клинические рекомендации являются основой лечения всех основных заболеваний. Они регулярно актуализируются и всегда доступны любому практикующему врачу. Теперь подобные помощники врача должны появиться и у нас.

«Эта работа была начата еще в прошлом году. Мы уже подготовили предложения по составу заболеваний, по которым необходимы клинические рекомендации, и рабочих групп, которые будут их готовить, - рассказал «РГ» главный внештатный специалист-токсиколог Минздрава, директор Научно-практического токсикологического центра ФМБА России профессор Юрий Остапенко. - Разработка каждого такого документа потребует серьезной аналитической работы - ведь и до того существовало

множество учебников и учебных курсов, с которыми знакомы врачи, у каждого из них есть определенный опыт. Необходимо отобрать все наиболее существенное с позиций доказательной медицины. Перед нами поставлена задача - создавать не огромные тома, а компактные и доступные практически врачам рекомендации объемом не более 30 страниц. Пока есть и нерешенные вопросы. К примеру, мне кажется, что необходима некая стандартная структура рекомендаций, чтобы все они были в едином ключе. Неясен и правовой статус таких документов. За рубежом их издают профессиональные ассоциации врачей, но они же несут и юридическую ответственность. У нас профессиональные ассоциации - это чисто общественные организации, а к обязательному исполнению служат лишь документы, утвержденные Минздравом. Как будут решаться эти вопросы, пока неясно. Надеюсь, что в этом году мы получим ответы на все эти вопросы. По токсикологии, я думаю, придется написать десяток-полтора рекомендаций - по основным видам отравляющих веществ и особенностям оказания медицинской помощи при каждом отравлении».

(Российская газета, Москва, 19.03.2013)

План для президента

Самое большое внимание в плане первоочередных действий «Единой России» по реализации Послания Владимира Путина Федеральному Собранию партийцы намерены уделить решению задач социально-демографического блока.

Однажды в жизни каждого человека наступает момент, после которого все пожелания своим близким начинаются со слова «здоровье». Так что неудивительно, что первой задачей в социально-демографическом блоке (самом большом в документе) партийцы поставили намерение «создать условия для формирования ответственного отношения граждан к собственному здоровью». Там много полезных идей о разработке законопроектов, например, об усилении ответственности за правонарушения в сфере безопасности дорожного движения или о профилактике немедицинского потребления наркотических средств (за их разработку отвечают политические платформы «ЕР», их в партии три - патриотическая, социальная, либеральная. - Прим. «РГ»). Но для обыкновенного человека гораздо более привлекательным может оказаться намерение фракции «ЕР» в Госдуме разработать поправки, обязывающие работодателей давать сотрудникам отгул раз в год для прохождения диспансеризации.

«План - это не оторванный от жизни инструмент, это путь, по которому мы идем с первого дня его принятия, многие мероприятия уже реализуются, просто не все из них еще видимы, - рассказывает глава Центрального исполкома партии Дмитрий Травкин, - мы реализуем политический курс, озвученный нашим президентом Вла-

димиром Путиным и нашим председателем партии Дмитрием Медведевым. Это система мер и действий, чтобы проблемы, поставленные в Послании, получили партийную поддержку при их решении».

Фракция «ЕР» в Госдуме намерена разработать поправки, обязывающие работодателей давать сотрудникам отгул раз в год для диспансеризации

Среди исполнителей задач есть также и фракции в законодательных собраниях по стране, заместители секретаря генсовета, научно-практический центр стратегического планирования и управления экономикой при президиуме генсовета. Сроки выполнения некоторых задач, например, законопроектных планов, фиксированы четкими датами (самая поздняя - 1 октября текущего года), другие же явно перерастут в партийные проекты и из кратко- и среднесрочных превратятся в долгосрочные. Так, в плане есть идеи по подготовке 18 новых проектов, в том числе: «Социальная аренда» (создание арендного жилья экономкласса), «Воспитание человека» (для детей), «Сельский учитель», «Эко-усадебка», «Развитие Дальнего Востока». Некоторые из них могут быть презентованы на майском Форуме партийных проектов в Москве.

«Эти наработки появились не сегодня, - поясняет руководитель ЦИК «ЕР» Дмитрий Травкин, - речь шла о работе с уже имеющимися инициативами, и поэтому нет никаких проблем, чтобы подготовить и запустить систему работы с партийными проектами. Такая технология была использована при запуске проекта «России важен каждый ребенок». Он напомнил, что если на федеральном уровне их 43, то есть еще и региональные проекты - около 480. Каждый проект, выдвинутый инициативной группой (чаще всего одной из платформ) должен будет представить концепцию, где отражены цели, задачи, обоснована эффективность, спланированы основные мероприятия. Травкин не исключил, что ряд проектов будет учитывать социологические данные при оценке эффективности или же на стадии подготовки концепции, но главным, с его точки зрения, является «учет общественного мнения». Так, например, идея о введении новой памятной даты 8 мая - Дня ветеранов, когда будут чествовать всех россиян, принимавших участие в различных военных конфликтах, - должна быть обязательно обсуждена с самими ветеранами. «Мне кажется эта идея очень перспективной, - замечает глава ЦИК «ЕР», - но здесь многое зависит и от платформ, которые не только представляют дискуссионную площадку, но и создают инструмент выработки и консолидации общественного мнения между депутатами всех уровней, руководителями партийных проектов, общественными объединениями, которые давно сотрудничают с партией как эксперты».

Помимо социально-экономических задач, в программе действий «ЕР» также уделено внимание историко-патриотическим темам, межнациональным отношениям, модернизации системы государственного управления и государственной политики, проблемам развития территорий. Надо сказать, что чисто политических задач в плане практически нет, нет и модных в последний год идей

планов проведения нестандартных политических акций, вроде всевозможных «прогулок». «У нас гуляющих очень много в стране, - отшучивается Дмитрий Травкин, - вот с работающими гораздо хуже». Вместе с координатором либеральной платформы Владимиром Плигиным он отвечает за запуск нового проекта «Открытая власть» (концепция пока не утверждена. - Прим. «РГ»).

Есть также идея не просто поддержать волонтеров, но и рассмотреть вопрос «об участии представителей добровольческих организаций в предварительном внутрипартийном голосовании на позиции в представительных органах местного самоуправления». Глава ЦИК «ЕР» не исключил, что этот проект может быть опробован на осенних выборах в некоторых регионах, «мы будем рады, если они будут выдвинуты под партийным флагом».

Надо сказать, что региональные отделения сами очень активно предлагали проекты, и одним из них стал «Герой нашего времени»: в рамках проекта планируется организовать в СМИ конкурсы публикаций и сюжетов на эту тему. «У нас есть в стране свои герои и лучшие люди нашей страны, которые внешне незаметны, хотя мы в них нуждаемся», - пояснил Травкин. Кстати, проект «Лучшие люди страны» - это тоже новая идея по организации профессиональных фестивалей.

Российская газета, (Москва, 20.03.2013)

Лео Бокерия назвал торговцев донорской кровью мерзавцами

Главный кардиохирург Минздрава, директор Научно-го центра сердечно-сосудистой хирургии имени Бакулева Лео Бокерия назвал мерзавцами тех людей, которые торгуют донорской кровью.

«Я бы не советовал никому покупать кровь на рынке. Я с этим не сталкивался, но сталкивался с тем, что люди из соображения низкой цены покупают с рук. Нет гарантии, что эта кровь не инфицирована, нет гарантии того, что это нормальный продукт. Их надо вылавливать, этих мерзавцев, которые торгуют человеческим несчастьем», — заявил он на пресс-конференции в Москве.

Бокерия добавил, что никакой угрозы дефицита крови на сегодняшний день нет. «Ситуация абсолютно под контролем, в том числе и по Москве», — отметил врач.

Новый закон о донорстве крови, который был принят Госдумой в июле прошлого года, вступил в силу 21 января, он вызвал в обществе неоднозначные отклики из-за отмены платного донорства. Закон предусматривает меры социальной поддержки для доноров, сдающих кровь безвозмездно, в том числе лиц, удостоенных званий «Почетный донор СССР» и «Почетный донор России». Основной акцент в законе делается на безвозмездной сдаче крови.

РИА Новости, Москва, (20.03.2013)

Все станции столичного метро оснастят дефибрилляторами

Столичные власти хотят оснастить все станции метро комплексами экстремальной помощи при сердечном приступе. Об этом рассказал «Известиям» заммэра Москвы по вопросам социального развития Леонид Печатников. По его словам, город обсуждает вопрос установки на платформах специальных боксов с дефибрилляторами — аппаратами электрического стимулирования работы сердца. По подсчетам экспертов, оснащение более 180 станций подземки таким оборудованием обойдется в сумму около 30 млн рублей.

Заммэра отметил, что необходимо продумать систему охраны боксов, а также сделать их антивандальными.

— Это дорогостоящее оборудование, поэтому надо сделать так, чтобы аппараты никто не украл и не разбил, — пояснил Леонид Печатников. По данным Минздрава соцразвития России, в Москве и других городах страны от сосудистых заболеваний умирает более 50% населения.

Президент Общероссийской общественной организации «Лига защитников пациентов» Александр Саверский рассказал, что сердечные приступы в метро случаются достаточно часто, так как в подземке действует множество факторов, способных вызвать сердечную недостаточность, в том числе духота, теснота и в целом нервная обстановка.

— В случае сердечного приступа действовать надо немедленно, вопрос жизни и смерти решают секунды, — говорит председатель независимого профсоюза работников скорой помощи «Фельдшер.ру» Дмитрий Беляков. — Времени поднимать человека по эскалатору на улицу и дожидаться приезда «скорой» может и не оказаться.

При этом Беляков отметил, что «возможность открыть бокс с дефибриллятором должен иметь только специально подготовленный человек — дипломированный врач или фельдшер, пусть и из числа пассажиров». По его словам, это могла бы быть пластиковая медицинская карточка, которую бы врачам выдавали на работе. Также можно передать ключ дежурному по станции, который будет открывать ящик пассажиру по предъявлении удостоверения врача.

— Неподготовленный человек с дефибриллятором в руках может убить больного, — говорит Беляков. — Перед тем, как давать разряд тока, врач сначала должен убедиться в том, что на это есть медицинские показания: фибрилляция предсердий, полная остановка сердца или сильное нарушение ритма. Для этого у дефибриллятора должен быть монитор, обычный аппарат в метро будет бесполезен. По словам Белякова, средняя цена на такое устройство составляет около 150 тыс. рублей. Таким образом, на то, чтобы поставить дефибрилляторы на все 188 станций подземки, понадобится не менее 30 млн рублей.

Военный хирург, полковник медицинской службы запаса Владимир Хорошев, напротив, считает, что раз-

решить пользоваться дефибрилляторами нужно всем, просто рядом с аппаратом надо повесить инструкцию по применению. По мнению врача, на аппарате необходимо установить необходимую мощность, которая поможет «погасить аритмию».

— Это практика широко распространена в США, Японии и некоторых европейских странах, к примеру в Германии, — говорит Хорошев. — Там аппараты устанавливают на заправочных станциях, остановках общественного транспорта и в местах большого скопления людей. Те, у кого больное сердце, знают, где эти места расположены в городе и в случае аритмии просят прохожих подвести их туда. В результате аппараты помогают спасти сотни жизней.

Напомним, дополнительную медпомощь внедряют также в общественных приемных президента Владимира Путина — там организуют дежурство врачей. Медики будут работать во время приема населения, чтобы в случае необходимости оказать помощь посетителям, среди которых немало пенсионеров. На эту услугу из бюджета региона выделяется порядка 100 тыс. рублей.

Известия, Москва, (20.03.2013)

Самолечение по закону

Закон «Об основах охраны здоровья граждан» дал пациенту право выбирать доктора и клинику. Но на деле найти хорошего врача — задача чрезвычайно трудная, а в условиях дефицита медицинских профессиональных кадров и отсутствия объективных рейтингов медучреждений и медиков — пока еще практически невозможная.

Ограниченное право

Принятый в конце 2011 года закон «Об основах охраны здоровья граждан» наделил гражданина правом выбора поликлиники не чаще чем раз в год, за исключением смены места жительства. В выбранной поликлинике не чаще чем один раз в год можно выбрать врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера. «При этом, выбирая специалиста, необходимо учитывать, что после подачи заявления свое согласие на лечение должен дать сам врач исходя из рабочего графика: если пациент выбирает специалиста с высоким, по его мнению, профессиональным уровнем, то время ожидания оказания помощи может увеличиться из-за большого количества пациентов», — пояснили в Минздраве. Также, отмечают чиновники здравоохранения, при выборе врача нужно учитывать количество пациентов той или иной медицинской организации в целом, что немаловажно при постановке на медобслуживание.

Впрочем, даже право пациента выбирать доктора не отменяет территориального принципа прикрепления к

поликлинике, прописанного в том же законе. «Так было в СССР. Это удобно, когда поликлиника располагается вблизи проживания граждан и в ней можно получить помощь и участковых врачей, и специалистов, и сделать анализы»,— считает председатель правления Ассоциации профессиональных медицинских обществ по качеству медицинской помощи (АСМОК) Гузель Улумбекова, добавляя, что если пациент не бегаёт по разным врачам, а наблюдается у одного специалиста длительное время, то ему легче помочь.

В развитых странах, например во Франции, в Германии, США, у пациентов всегда была возможность выбора врача. Но сейчас организаторы здравоохранения этих стран поняли, что это очень затратный и малоэффективный способ организации медицинской помощи, и всеми силами стараются создать такие условия, при которых пациент длительно наблюдается у одного врача первичного звена и на другие уровни медицинской помощи попадает только по направлению от него. А в США пошли еще дальше и стали организовывать некие подобию наших поликлиник — «медицинские дома», где пациент может одновременно получить консультацию и врача первичного звена, и специалиста, рассказывают в АСМОК.

Ограничение по выбору врача один раз в год Гузель Улумбекова считает правильным, потому что «только врач, который постоянно наблюдает пациента, может оценить его состояние». Этой же идеи придерживаются и в Минздраве, поясняя, что участковый принцип сохраняется, поскольку невозможно врача по вызову отправлять на другой конец города, теряя по три-четыре часа. Впрочем, президент Лиги защитников пациентов Александр Саверский уверен, что новый закон право пациента на выбор врача фактически отобрал. Вообще, с новым законом все стало намного хуже. Идет выдавливание в платную медицину, напряжение растёт, отмечает эксперт.

Для того чтобы попасть к узкому специалисту, поясняют в Минздраве, необходимо получить направление от лечащего врача в поликлинике. Врач может направить к специалисту в этом же медучреждении или в специализированном в зависимости от наличия нужных специалистов, их квалификации, загруженности и, конечно, сложности заболевания. «К какому конкретно специалисту записываться, решает сам пациент»,— подчеркнули в Минздраве.

Таким образом, выбрать специалиста можно только по направлению и территориально. Как неформально шутят чиновники-организаторы здравоохранения, свобода выбора если и не фикция, то полноценной ее с трудом можно назвать. «По законодательству у пациента есть выбор врача, на практике это практически не работает. Если речь идет о платных медучреждениях — все просто: заплатил, сказал к какому врачу, прошел консультацию. Если речь о государственном медучреждении и обслуживании в системе обязательного медстрахования (ОМС), то здесь все по-другому: пациент имеет право пойти только к терапевту. К узкому специалисту фактически только с

разрешения терапевта при условии, что он посчитает это необходимым и в определенное время, а это может быть через две-три недели, поясняет эксперт Synopsis Надежда Лебедева. «Пациенту сплошь и рядом трудно попасть к специалисту. Неделями, даже в Москве, не могут попасть к терапевту. В специализированных медцентрах о том, к какому специалисту попадает пациент, решает главврач, процедура выбора специалиста в стационаре вообще нигде не описана»,— добавляет Александр Саверский. «В последние два года за счет изменений в здравоохранении, серьезного увеличения финансирования получить квоты и доступ к решению своей серьезной проблемы со здоровьем у ведущих специалистов стало немного проще, но квот все равно не хватает, а очереди большие, причем в частных клиниках очередей, как правило, нет, в государственных и муниципальных, как правило, большая живая очередь»,— рассказывает руководитель сети клиник «Ниармедик» Олег Рукодачный.

Сарафанный рецепт

Очереди создаются не только из-за нового порядка прохождения к специалисту через терапевта, но и желания пациентов попасть если не к известному, то, по крайней мере, рекомендованному доктору. В поисках хорошего врача большинство российских граждан полагается на мнение друзей, знакомых, родственников. Второй канал — это все что угодно: участие врача в передачах на ТВ и радио про здоровье, его работа в престижных федеральных и частных клиниках, зарубежный опыт работы в ведущих мировых медучреждениях, ученая степень. «Если пациент знает имя врача и его рекомендовал знакомый или родственник, то он звонит врачу по мобильному телефону и приходит на прием или операцию, заплатив деньги лично врачу. В государственном учреждении пациент может за плату по добровольной медстраховке или наличные получить медпомощь у любого врача незамедлительно»,— говорит Надежда Лебедева.

Лучше, чтобы среди знакомых был профессиональный медик, поскольку самые достоверные оценки дают своим коллегам именно врачи. Они лучше понимают специфику, лучше знают условия работы, оценивают более точно усилия и профессионализм, результаты их оценки более всего близки к объективным рейтингам.

Специально для «Ъ» профессиональный интернет-ресурс сеть врачей «Доктор на работе» (зарегистрировано 118 тыс. врачей) провел опрос среди 97 медиков и выяснил, что сами врачи при выборе лечащего специалиста больше всего склонны верить именно сарафанному радио. Так, больше половины врачей отметили, что рекомендовали бы искать специалиста через коллег и знакомых, еще 14% — изучить отзывы о врачах в интернете, для 6% поиск врача через интернет оказался совершенно неприемлем. Еще 2% — в профильных медучреждениях. Также 15% рекомендовали узнать информацию у семейного врача, которому доверяют. «Среди ответов красной нитью проходил совет пациентам дружить со своим терапевтом, со своим лечащим врачом, чтобы получить от

него рекомендации, как найти хорошего специалиста», — отмечает директор по развитию «Доктора на работе» Илья Куприянов.

Самый распространенный вариант найти хорошего специалиста для продвинутых пользователей интернета — поискать в сети. На сайтах можно легко найти отзывы о врачах по специальностям, сведения о медучреждениях, рассказы пациентов. Однако специалисты не советуют им доверять из-за необъективности данных: оставляют отзывы на сайтах не все пациенты, а те, которых скорее вылечили успешно, или те, здоровью которых был причинен вред.

К тому же пациенту трудно самому оценить качество работы врача, его квалификацию. Он может оценить, насколько врач вежлив, внимателен, хотя вежливость тоже не показатель профессионализма: доктор, загруженный работой, может быть и не очень приветливым, но назначить правильное лечение. Поэтому отзывы на сайтах полезны только для того, чтобы узнать впечатления от работы, насколько врач и пациент совместимы, единодушны эксперты-медики. Так, например, из отзывов можно понять, четко ли доктор и подробно разъясняет ход и схему лечения, тактичен, доброжелателен или врач, наоборот, замкнут, жесткий в общении, не любит комментировать свои действия. «Лично я думаю: пусть доктор будет даже злой, только высококвалифицированный, поэтому всегда спрашиваю, когда врач последний раз повышал свою квалификацию, имеется ли у него доступ к современным электронным медицинским библиотекам. Смотрю, какие книги у него на полках», — делится Гузель Улумбекова. «Главное заблуждение состоит в том, что хорошие специалисты находятся только в государственных или только в частных медицинских центрах. Специалисты и там, и там одинаковые. Нет врачей «частников» и «нечастников». Врачи одни и те же. Часть рабочего дня они работают в государственной или муниципальной клинике, часть дня — в частной», — рассказывает Олег Рукодашный.

Бригадный рейтинг

В России нет ни одного интернет-ресурса, который бы провел глобальное исследование и ранжирование и дал ответ на вопрос, кто в России лечит лучше всех. В других странах есть национальные рейтинги на сайтах healthgrades.com, zocdoc.com, хотя и относятся они больше к частнопрактикующим семейным врачам, есть рейтинги медучреждений.

Пока в российской реальности пациенту ничего другого не остается, как заниматься медицинским маркетингом, но это неправильно. Это ведет к разрушению системы доверия «врач—пациент», говорит о том, что мы не доверяем врачу, считает Александр Саверский. «Дело даже не в праве выбора, а в сути выбора. То, что пациент по всей России ищет себе врача, — это в корне порочно, потому что мы тем самым выказываем недоверие всем врачам. На Западе каждый врач обязан оказывать помощь в рамках стандартов и протоколов лечения. Безусловно, как и везде, есть хуже и лучше, но каждый врач

в рамках стандарта окажет вам стандартную помощь», — отмечает эксперт.

В начале 2012 года ведомство Вероники Скворцовой разослало в регионы официальный документ, в котором рекомендовало региональным властям составить подобные рейтинги региональных медучреждений и размещать их на официальных сайтах. При составлении рейтинга должны учитываться такие показатели, как частота осложнений при операциях, больничная летальность, среднее число дней занятости койки в году, число посещений, количество внеплановых проверок, проведенных Росздравнадзором и Роспотребнадзором, в том числе по жалобам пациентов, укомплектованность кадрами, уровень квалификации врачей.

Коммерсантъ, Москва, (21.03.2013)

Колдуны в приоритете

Россияне тратят около 50 млрд долларов на лечение у зарубежных врачей, а также колдунов и экстрасенсов, заявил главный кардиолог Москвы Юрий Бузиашвили. Это, по некоторым данным, существенно выше, чем расходы на официальную российскую платную медицину. Однако эксперты сомневаются, что россияне действительно так много отдают иностранным врачам и колдунам.

Российским медикам необходимо отвоевать часть рынка у зарубежных коллег, а также у колдунов и экстрасенсов, заявил главный кардиолог Москвы Юрий Бузиашвили. По его данным, на лечение за границей население тратит около 17 млрд долларов, а на услуги экстрасенсов и колдунов уходит более 30 млрд долларов. Таким образом, по его оценке, россияне тратят почти 50 млрд долларов на лечение за рубежом и у колдунов.

«Россияне тратят почти 50 млрд долларов на лечение за рубежом и у колдунов»

Если бы удалось отвоевать хотя бы 10% от общей суммы таких затрат, российская медицина могла бы подняться, считает Бузиашвили, передает «Интерфакс».

По недавним данным «Левада-центра», 20% россиян хотя бы раз обращались к услугам гадалок, ворожей, магов и народных целителей для снятия сглаза, порчи и других целей. Причем с 2000 года эта доля остается неизменной. Из них доля тех, кто считает, что хотя бы иногда такие специалисты действительно помогли им решить проблемы, выросла с 41 до 47%.

По данным Ромира, опубликованным летом 2012 года, средняя сумма, которую потратил за год каждый россиянин на услуги платной медицины, — 8700 рублей. Если учесть, что население страны составляет 142 млн человек, то в целом россияне могут тратить в год порядка 1,235 трлн рублей, или 38,6 млрд долларов на медицинские услуги внутри страны. Это меньше, чем расходы россиян на лечение у зарубежных врачей и гадалок.

Большая часть опрошенных Ромиром предпочитают оплачивать медицинские услуги за свой счет. За последний год платными медицинскими услугами пользовались 67% жителей российских городов. Впрочем, совокупная доля пользователей медицинских страховок, как корпоративных, так и личных (15%), тоже уже достаточно заметна.

Бузиашили считает, что Россия неизбежно придет к платной медицине: «Так устроен человек – за что он платит, то он уважает». По его словам, в США нет ни одной государственной клиники, сообщает РИА «Новости».

По его словам, в России сейчас порядка 16–18 млн сердечно-сосудистых больных, причем ежегодно их количество увеличивается примерно на 350–400 тыс. «Сейчас оперируется от 15% до 20% от необходимого», – говорит он. Низкое число операций, по мнению главного кардиолога Москвы, связано с отсутствием необходимого количества сердечно-сосудистых центров в стране.

Врач напомнил, что в 2013 году диспансеризация в России станет всеобщей, по аналогии с той, которая проводилась в советское время. Он предлагает ввести законодательную ответственность работодателей за диспансеризацию своих сотрудников, «потому что диспансеризация – это единственное массовое мероприятие, которое мы можем реализовать в нашей стране, и оно необходимо».

Расходы на российскую медицину

«Основная идея главного кардиолога Москвы о том, что все российские граждане должны иметь доступную медицинскую помощь здесь, в России, правильная. Российские деньги должны оставаться в стране, работать на российскую экономику, а не вывозиться из страны ни с целью получения медицинских услуг, ни с какими-то другими целями», – говорит газете ВЗГЛЯД председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству Гузель Улумбекова.

Однако, по мнению эксперта, озвученный объем затрат россиян на лечение за границей явно завышен. «В реальности на лечение за рубежом россияне тратят не больше 100 млрд рублей, или 2–3% от общего объема затрат на здравоохранение, но никак не 510 млрд рублей (17 млрд долларов). Надо понимать, что в стране, где более половины населения проживает на доходы менее 15 тыс. рублей в месяц, только очень небольшая доля населения, обеспеченные и богатые граждане могут позволить себе оплату помощи за рубежом», – отмечает Улумбекова.

Но есть важное условие, чтобы деньги тех, кто лечится сегодня за рубежом, работали на российское здравоохранение: необходимо поднять качество и безопасность оказания медицинской помощи и оснастить российские клиники современным оборудованием, говорит Улумбекова.

«Качество и доступность медицинской помощи в России должны быть равноценными качеству и доступности услуг, например, в той же Германии. Для этого нам надо проделать большой путь. В частности, медицинские организации в России должны аккредитоваться по между-

народным стандартам. Должен быть налажен контроль качества и безопасности медицинской помощи», – отмечает собеседник газеты ВЗГЛЯД.

Что касается колдунов, то она поддерживает главного кардиолога Москвы, что тратить свои «кровные» на них недопустимо. «К колдунам вообще не надо ходить, потому что это не лечение. Лечиться надо в специализированных медицинских клиниках», – добавляет она.

Однако озвученные затраты на них она также считает явно завышенными. «Колдунам, я думаю, россияне отдадут не больше 50 млрд рублей в год, или 5% от общего объема затрат на здравоохранение из личного кошелька. Траты в размере 30 млрд долларов, а это почти 1 трлн рублей, общий объем частных затрат на здравоохранение за 2011 год, – очень сомнительны. Если бы у россиян было столько денег, то они, скорее всего, потратили бы их на лекарства или на поход в частную клинику», – считает эксперт.

Всего, по ее данным, в России ежегодно тратится на здравоохранение около 3 трлн рублей: из них 2 трлн рублей составляют государственные расходы на бесплатную медицинскую помощь по программе государственной гарантии и еще на 1 трлн рублей население покупает лекарства, медицинские услуги и санаторно-курортное лечение.

Что делать

С точки зрения эксперта, чтобы сделать медицинскую помощь доступной для большинства населения (а сегодня 23% населения РФ, по данным Росстата, считают ее недоступной), необходимо увеличить расходы из государственных или общественных источников как минимум в 1,5 раза, или до 6% ВВП. Сегодня они составляют 3,7% ВВП. В развитых странах, например в Евросоюзе, из государственных источников тратят именно 6% ВВП. Это позволяет этим странам быть более социально ориентированными, чем РФ сегодня, добавляет собеседник газеты ВЗГЛЯД.

Доля расходов населения «из своего кармана» на медицинскую помощь в Евросоюзе также ниже, чем в РФ: 20% и 34% от общих расходов на здравоохранение соответственно. Остальные средства – государственные.

Как рассказывает эксперт, государственные средства на здравоохранение в странах ЕС и РФ собираются из средств ОМС и/или налогов (то есть бюджетные). А вот в США только половина денег тратится из «общественного кошелька», а вторая половина – из средств добровольного медицинского страхования (фактически это средства работников или работодателей). Нынешняя реформа здравоохранения США направлена на то, чтобы за счет государственных средств из «общественного кошелька» покрыть страхование тех граждан, которые не могут позволить себе добровольные взносы на медстраховку. Тем самым они приближают систему финансирования здравоохранения к европейской.

«Когда общественные деньги собраны, надо оказать медицинскую помощь. Где оказываются медицинские

услуги – в государственных или частных клиниках, не так уж и важно. Главное, чтобы они оказывали медпомощь качественно и по установленным тарифам. В России закон об ОМС разрешает размещать госзаказ на оказание услуг по программе госгарантий в частных медицинских учреждениях». Кроме того, на мой взгляд, важно жестко контролировать качество медицинской помощи в этих клиниках и подписывать с ними долгосрочные контракты, как минимум на 10 лет, чтобы у них «вдруг» не появилось желание отказаться от оказания медицинской помощи населению», – резюмирует Улумбекова.

В декабре прошлого года была утверждена госпрограмма «Развитие здравоохранения» с 2013-го по 2020 год. На ее финансирование обещают потратить 27 трлн рублей (около 4,42% ВВП).

Также утвержден комплекс мер по обеспечению доступности и качества профилактики, диагностики и лечения заболеваний, по повышению эффективности работы медперсонала.

Благодаря реализации этой программы в России предполагается существенно снизить смертность и уровень заболеваемости, в частности, туберкулезом и онкологией. Кроме того, количество врачей на 10 тыс. россиян должно увеличиться до 44,8 к 2020 году. Также должна вырасти заработная плата у людей, работающих в сфере медицины. В итоге ожидаемая продолжительность жизни россиян при рождении должна увеличиться до 74,3 года в 2020 году.

*Взгляд.ру, Москва,
(21.03.2013)*

В Подмосковье борются с лечением «мертвых душ»

В течение 2013 года служба скорой помощи Московской области будет переведена на новый принцип финансирования: деньги будут поступать из фонда ОМС в зависимости от числа зарегистрированных в районе жителей, а не от числа вызовов, как сейчас. Об этом «Известиям» рассказала министр здравоохранения региона Нина Суслонова. По словам замдиректора областного фонда ОМС Юлии Слиденко, это позволит исключить случаи необоснованных вызовов и приписок.

Как рассказала Нина Суслонова, служба скорой помощи будет ежемесячно получать фиксированную сумму за каждого зарегистрированного в районе обслуживания жителя вне зависимости от того, вызывал он скорую или нет. Лечение тех, кто не идентифицирован в системе ОМС, например мигрантов или незарегистрированных официально жителей, будут оплачиваться отдельно. В этом случае деньги будут поступать за каждый такой вызов.

Юлия Слиденко отметила, что подушевое финансирование — более удобный вариант, поскольку средства

поступают заранее и ими можно сразу распоряжаться. При оплате по числу вызовов в начале месяца поступает аванс, в конце — вторая часть средств, которая рассчитывается исходя из объема работы, выполненной «скорой». По словам Юлии Слиденко, переход на подушевое финансирование поможет также исключить накрутку показателей, необоснованные выезды бригад и приписки в документах. Лечение мигрантов и бездомных, как рассказала Юлия Слиденко, в дальнейшем может, как и сейчас, оплачиваться из бюджета. Областные власти рассматривают также возможность оплачивать такие вызовы из фонда ОМС.

О том, что оплата по числу вызовов может привести к припискам, сообщалось в официальном письме Минздрава от 26 сентября 2012 года. Как сказано в документе, такой способ финансирования «допускает возможность искусственного увеличения объемов вызовов» и «чрезмерное активное наблюдение пациентов, оставленных дома». Финансирование по объему услуг, по данным Минздрава, имеет другие недостатки: оно «стимулирует персонал к искусственному снижению частоты выездов», приводит к «отказам в приеме», «снижению частоты активного наблюдения».

По мнению президента общероссийской общественной организации «Лига защитников пациентов» Александра Саверского, приписки могут сохраниться и при подушевом финансировании.

— Поликлиники для улучшения показателей нередко лечат «мертвые души», — рассказал Александр Саверский. — Люди умирают, а в их картах еще несколько лет могут появляться записи о том, что они побывали на приеме у врача. К нам обращалась женщина, которая в поликлинике увидела карту своей умершей матери с такими записями. Всего в картах, которые ведут поликлиники, по официальным данным федерального фонда ОМС, около 30% приписок. Не исключено, что и «скорая помощь», которая перешла в систему ОМС только в этом году, будет подобным образом улучшать показатели своей работы.

По словам Юлии Слиденко, качество оказанных «скорой» услуг прикрепленному населению проверяют страховые компании. Сотрудники областного фонда проверяют качество помощи иногородним и мигрантам.

— За всё время с начала года ни одной жалобы на работу «скорой» в фонд не поступило, — говорит Юлия Слиденко.

Москва, рассказал «Известиям» заммэра по социальным вопросам Леонид Печатников, не планирует переводить свою службу «скорой помощи» на подушевое финансирование: деньги поступают в зависимости от объема оказанных услуг.

*Светлана Башарова, Известия
(21.03.2013)
(По материалам публикации)*

Скворцова в Чувашии: Есть регионы, где нужно выстраивать службу реабилитации с нуля

В России есть регионы, где «нужно выстраивать систему медицинской реабилитации с нуля». Основным инструментом «в выравнивании различий между регионами» станет внедренная с января 2013 года система единого подушевого финансирования. Как передаёт корреспондент ИА REGNUM, об этом заявила в Чувашии сегодня, 25 марта, министр здравоохранения России Вероника Скворцова, выступая на открытии федерального форума по вопросам развития медицинской реабилитации.

В своем выступлении Вероника Скворцова сообщила, что министерством был проведен «анализ состояния медицинской реабилитации в регионах». Однако конкретных цифр и оценок не прозвучало. Федеральная министр лишь с сожалением констатировала, что «в течение многих десятилетий медицинская реабилитация не развивалась», и «люди быстро списывались, если после короткого периода острой терапии не удавалось достичь результата».

Позже на брифинге глава Минздрава России пояснила, что по результатам мониторинга есть регионы, где «нужно выстраивать систему медицинской реабилитации с нуля»: «Политика самодостаточности привела к тому, что различия между регионами по уровню медицины стали очень существенными». Называть регионы-аутсайдеры министр не стала, ограничившись репликой о том, что «различия между регионами» планируется преодолевать с помощью единого подушевого финансирования граждан «с момента рождения до смерти»: «С 1 января 2013 года российское здравоохранение впервые за постсоветскую историю перешло к единому подушевому финансированию. Вне зависимости от того, где пациент проживает. Это огромный шаг в сторону социального равенства жителей России».

Комментируя результаты мониторинга, глава Минздрава России также выделила и «положительные изменения» в системе медицинской реабилитации в регионах, произошедшие за последние два года. В частности, по её словам, в ряде субъектов снизились показатели первичного выхода на инвалидность, увеличивается доля пациентов, восстановившихся «после очень сложных заболеваний». «Хорошие результаты достигнуты в сосудистой программе, прежде всего в восстановлении больных, перенесших инсульты или инфаркты», - сообщила Вероника Скворцова. При этом министр назвала Чувашию «золотым эталоном» медицинской реабилитации для всей страны: «В республике выстроена трехэтапная система реабилитации от острейшего периода заболевания до санаторно-курортного восстановления».

Отметим, в декабре 2012 года правительство России утвердило программу «Развития здравоохранения в РФ до 2020 года», одна из подпрограмм которой посвящена медицинской реабилитации.

На форуме руководители региональных ведомств в беседе с журналистами прокомментировали федеральные

инициативы в системе медицинской реабилитации, а также поделились состоянием дел в своих вотчинах и впечатлениями об увиденном в Чувашии. В частности, министр здравоохранения Пензенской области Владимир Стрючков заявил, что федеральные власти приняли «важное политическое решение», включив программу медицинской реабилитации в систему обязательного медицинского страхования (ОМС). «Регионы смогут участвовать в развитии службы реабилитации за счет своих мощностей и получая за это дополнительные средства», - сказал Стрючков, отметив, что Пензенская область «первой в стране начала строить федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии». Кроме того, запланировано строительство областного реабилитационного центра в Пензе.

Глава Минздравсоцразвития Калмыкии Владимир Шовунов считает, что медицинская реабилитация в настоящее время в регионах «не на том уровне»: «Сегодня на лечение пациента затрачиваются дорогостоящие медикаменты, используется современное оборудование, а потом он выписывается домой. А дома кто? Хорошо, если у родственников есть возможность нанять сиделку». Представитель к Калмыкии признался, что «увиденное в Чувашии поразило»: «Хотелось бы достигнуть уровня Чувашии в этом направлении».

Министр здравоохранения Тверской области Елена Жидкова сообщила, что область «отнесена к регионам с развивающейся системой медицинской реабилитации». «Мы развиваем эту службу в кардиологии, педиатрии и нейрореабилитации. По федеральной программе оборудовали реабилитационный центр», - пояснила тверской министр, отметив и серьезные достижения Чувашии в этом направлении.

Начальник департамента здравоохранения Смоленской области Владимир Степченков отметил, что «было интересно сравнить свой опыт с чувашским», в первую очередь, на примере, Федерального центра травматологии, ортопедии и эндопротезирования в Чебоксарах. «Осенью 2012 года в Смоленской области открылся подобный федеральный центр. Отправим к вам за опытом группу смоленских специалистов», - рассказал Степченков. Он также отметил «внимание к пациентам» в чувашских клиниках: «Родители участвуют в реабилитации детей, а не просто сидят в коридоре».

На проблеме нехватки медицинских кадров акцентировала внимание министр здравоохранения Ульяновской области Валентина Караулова, констатировав, что это характерно для многих регионов: «Вагоном врачей разом не завезешь. Проблема с врачебными кадрами будет сохраняться еще несколько лет. Надо над ней работать». При этом ульяновский министр заметила, что «из области в Москву уезжают меньше медработников, чем в Чувашии».

ИА REGNUM, Москва,
(26.03.2013)

Парк медицинского периода

Первый в России центр прототипирования медицинских изделий и продуктов открылся в Новосибирской области на базе местного медтехнопарка.

Как пояснили в правительстве Новосибирской области, в состав уникального предприятия вошли 2 под-центра: регенеративных технологий и новых материалов.

Каждый из них включает в себя несколько лабораторных помещений со специальным оборудованием, предназначенным для разработки, изготовления и испытания опытных образцов новейших медицинских изделий и оборудования, в том числе инструментов, аппаратов, био- и геночипов, имплантов и даже живых тканей для трансплантации. Кстати, по словам руководителя новосибирского медтехнопарка Екатерины Мамоновой, именно выращивание клеток человека может стать одним из основных направлений работы центра.

«Представьте, что у пациента есть какой-то дефект. В лаборатории центра регенеративных технологий установлено роботизированное оборудование, в котором можно вырастить ткани или части кости из человеческой клетки и в дальнейшем вживить это все пациенту. Это значительно сократит сроки реабилитации по сравнению с тем, если бы вживляли «керамику» или «пластмассу», - заявила Мамонова, вместе с тем отметив, что такие технологии требуют апробации в среднем течение пяти-семи лет.

Что касается центра новых материалов, то, по словам руководителя новосибирского медтехнопарка, там планируется создавать биологические микрочипы, с помощью которых можно будет выявлять предрасположенность человека к более чем 1 млн заболеваний, в том числе и онкологическим.

По словам Мамоновой, общий объем инвестиций в создание центра составил 460 млн рублей, в том числе бюджетных средств - 260 млн рублей (52 млн выделило правительство Новосибирской области и 208 млн Минэкономразвития РФ). Как считают в правительстве, такие траты вполне оправданы. Предполагается, что новосибирский центр прототипирования обеспечит малые и средние медицинские фирмы необходимой инфраструктурой. Это, в свою очередь, позволит максимально снизить инвестиционные затраты на разработку отдельных инновационных проектов, повысит их привлекательность для инвесторов различного уровня, встроить их в наиболее возможные короткие сроки в медицинские технологии. Предполагаемый оборот от услуг центра прототипирования уже к концу 2013 года - началу 2014 года составит 100 млн рублей.

Как известно, инновационный медико-технологический центр (медтехнопарк) открылся в Новосибирске на территории Новосибирского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии (НИИТО) в конце 2011 года.

По оценкам экспертов, строительство центра, включая оснащение, обошлось в 20 млн евро. Сейчас на базе технопарка созданы лабораторная, диагностическая, клиническая, операционная и реабилитационная базы, а также пять блоков для фирм-резидентов, работающих над формированием перспективных медицинских медико-биологических проектов. К слову, последних на территории новосибирского технопарка уже 15. Первой же компанией-резидентом стала Johnson & Johnson. В настоящее время переговоры об открытии своих площадок в Новосибирске ведут также компании Carl Zeiss и Zimmer.

В последние годы власти Новосибирской области плотно взялись за развитие медицинской промышленности в регионе. По информации министра промышленности, торговли и развития предпринимательства Новосибирской области Сергея Семки, в 2012 году в рамках программ «Развитие субъектов малого и среднего предпринимательства в Новосибирской области на 2012-2016 годы» и «Государственная поддержка научно-производственных центров в Новосибирской области на 2011-2013 годы» правительство выделило предприятиям данной отрасли около 13,8 миллионов рублей. На эти средства они смогли разработать новые образцы продукции, технологии, создать инновационные высокотехнологичные изделия и приобрести опытно-экспериментальное оборудование для научно-исследовательских работ. Кроме того, в министерстве уже разработали новый проект ведомственной целевой программы «Развитие медицинской промышленности Новосибирской области на 2014-2018 годы», в которой найдет отражение возможность доклинических и клинических испытаний новых препаратов и их субстанций в соответствии с международными стандартами.

Примечательно, что медицинский центр прототипирования – не единственный крупный проект в сфере здравоохранения Новосибирской области. Недавно стало известно, что в регионе планируется создание сети центров гемодиализа. Первый такой центр мощностью 30 аппаратов «искусственная почка» и способный принять за раз 240 пациентов открылся 4 марта в Новосибирске.

«Мы запланировали открытие центров амбулаторного гемодиализа в трех местах. В начале марта начал свою работу центр «Нефролайн» – рядом с областной клинической больницей. Планируется, что в дальнейшем центры появятся недалеко от городской клинической больницы № 11 и в городе Искитиме. Мы специально располагаем их вблизи медицинских учреждений, чтобы пациентам было комфортнее добираться, обследоваться», - сообщила министр здравоохранения Новосибирской области Ольга Кравченко.

«Если учитывать, что на сегодняшний день очередность на проведение гемодиализа составляет 150 человек, то с открытием следующего центра амбулаторного гемодиализа, которое ожидается в апреле-мае этого года, мы планируем справиться с этой проблемой», - добавила она.

Чиновник подчеркнула, что для пациентов, больных хронической почечной недостаточностью, процедура гемодиализа бесплатна, она оплачивается за счет средств фонда обязательного медицинского страхования.

Кроме того, в настоящее время на базе Новосибирской районной больницы (НРБ) (недалеко от поселка Кольцово) создается уникальный центр реабилитации пациентов с детским церебральным параличом (ДЦП). Строители уже завершили ремонт помещения. Стационар на 15 коек для детей с диагнозом ДЦП разместится на первом этаже детского отделения НРБ. Там же будут организованы и специальные игровые залы, используемые для терапии. Кроме того, центр оснастят роботизированной техникой, стимулирующей движения, позволяющей медикам работать с неходячими пациентами; лечебными костюмами, позволяющими разгрузить мышцы и формирующими правильные рефлексы движения; компьютерами, использующими программы, стимулирующие интерес ребенка к обучению и другим оборудованием. Также в центре планируется проводить и социально-бытовую адаптацию детей.

«Сегодня есть четкое понимание того, что та работа, которая реализовывалась в 2011-2012 годах по модернизации здравоохранения, в том числе и в Кольцово, приобретает реальные очертания. Об этом говорят врачи и медицинский персонал, сами жители области. Мы продолжим вложения в систему здравоохранения поселка, поскольку она работает не только на жителей Кольцово, но и на жителей других населенных пунктов. А некоторые объекты и технологии, которые будут использоваться здесь, по словам специалистов, уникальны для России. Через два-три месяца здесь будет создан центр реабилитации ребятишек с церебральным параличом», - заявил губернатор Новосибирской области Василий Юрченко.

(Интерфакс - Россия, Новосибирск, 25.03.2013)

«Наше здравоохранение находится в катастрофическом положении»

Леонид Печатников, заместитель мэра Москвы — о том, когда у нас людей будут лечить, как ему удается покупать японские томографы в десять раз дешевле и чего боятся врачи

Кабинет заместителя мэра Москвы по вопросам социального развития — так официально называется должность Леонида Печатникова — неприлично богат для бюджетного учреждения вообще, как, впрочем, и вся мэрия, и уж тем более для подразделения, которое призвано заниматься страждущими: дорогой ремонт, деревянная отделка, лепнина на потолке, длинный стол заседаний и письменный стол отнюдь не из ДСП, в углу — дверь в комнату отдыха — российская Византия, призванная сразу указать входящему, что проситель или подчинен-

ный — человек маленький и никудышный по сравнению с тем, кто сидит за начальственным столом. Печатникову кабинет достался по наследству, он в нем меньше года: на тумбочке у стены фарфоровые фигурки — врач, скорая, что-то еще, тоже медицинское, — это его. «Я сделал невероятную карьеру», — смеется он. В мэрию Печатников пришел в 2010-м на вполне расстрельную должность — руководить Департаментом здравоохранения, о коррупции в котором ходили легенды, а состояние московских больниц характеризовалось одним словом — «ужас». Впрочем, и сейчас — так же. До того много лет был главным врачом частного и дорогого «Европейского медицинского центра», который, собственно, и создавал, остается практикующим врачом и сейчас — он специалист по бронхиальной астме.

И как доктору в системе нашей власти?

Доктору в системе власти непросто, потому что доктор — это человек, который работает на результат. Здесь же очень много времени уходит на процесс. Хочется сделать быстрее, как-то эффективнее, но есть целый ряд бюрократических сложностей: огромный процесс согласования, в том числе того, что кажется настолько очевидным, что и согласовывать нечего.

Например?

Множество. И меня это поначалу безумно раздражало, первые полгода я ругался, матюкался и было постоянное желание все это бросить.

Подавали заявление об уходе?

Я никогда не подавал заявление об уходе. И если я уйду, то дверьми хлопать не буду: я уйду либо потому, что не справился, либо потому, что меня что-то совершенно не устраивает. Но демонстративных акций не будет.

Про медицинский рай при советской власти мне рассказывать не надо — я прожил большую часть жизни и работал врачом именно при советской власти. Мы отстали страшно.

Реалии

Однако на публикацию в интернете компромата на вас — что-де Печатников на закупке оборудования заработал безумные деньги — вы отреагировали крайне болезненно.

Потому что, прожив 30 лет в своей профессии, я не привык к таким приемам. Потому что, купив компьютерные томографы, магнитно-резонансные томографы, целый ряд другой аппаратуры, которую мы купили в три-четыре раза дешевле, а по некоторым позициям в десять раз дешевле, чем это делали раньше, получить обвинения, что я что-то положил себе в карман...

А что вы купили в десять раз дешевле?

Например, компьютерный томограф в 64 среза в 2008 году был куплен последний раз за \$7 млн. А мы купили эти аппараты за \$700 тыс. Просто потому, что купили у производителя безоткатно, напрямую.

То есть раньше откаты составляли сотни процентов?

Не знаю. Я не знаю, сколько там был откат и был ли

там откат. Может быть, люди просто не умели торговаться, я никого не хочу обвинять, пусть этим следствием занимается.

А чем закончились все эти шумные истории, которые были пару лет назад с закупками томографов по бешеным ценам? Ничем?

По-моему, 70 уголовных дел заведено по всей России. Когда Москва купила так дешево, ведь тут же стали задаваться вопросы, а почему так дорого покупают другие? Насколько я слышал, Москва, снизив цены на это высокотехнологичное оборудование, сэкономила российскому бюджету \$15 млрд. Потому что я здесь сэкономил 15 млрд рублей на закупках. Но у нас экономию не забрали, а позволили нам докупить необходимое. И мы вместо 54 томографов купили 108 за эти деньги. Вместо 48 магнитно-резонансных томографов купили 74. И после всего этого появляется статья, где говорится, что я на самом деле купил за 20% стоимости, 30% показываю экономии, а еще 50% ворую — согласитесь, трудно на это не реагировать болезненно. Причем купили мы не Китай — японского и немецкого производства.

Но материал-то был размещен на абсолютно шаромыжном сайте, из тех, что выкладывают анонимные сливы.

Во-первых, я не понимаю, какой сайт шаромыжный, а какой нет. Во-вторых, этот материал был послан во все правоохранительные органы. И все правоохранительные органы начали по нему проверку. Причем проверяли и Департамент здравоохранения, и тех поставщиков, которые впервые нажили на этом не 200%, не 300%, а 3%, 7%, то есть работали по европейским регламентам рентабельности. И начались просто страшные наезды. Тогда премьер-министр (Путин) вызвал Собянина, сказал что-то вроде того, что за такие деньги хорошего не купишь. А когда ему показали, что купили хорошее, и он даже перед камерами сказал, что посмотрите, как Собянин покупает, если не умеете, он вам купит. Тут и появляются эти публикации.

Кто за этим стоит?

Я могу только догадываться, что это люди, которые на протяжении многих лет наживались на закупках и которых лишили, судя по всему, очень большого куска. Вот нам сейчас пеняют: ну конечно, вы Москва, столица, вы тратите на здравоохранение 9% регионального бюджета. Но я хорошо помню, что когда я был заместителем главного врача 67-й больницы и звонил в этот кабинет вице-мэру Людмиле Ивановне Швецовой и просил компьютерный томограф, она мне отвечала: денег нет. И однажды в сердцах сказала: «Мы и так тратим на здравоохранение 9% регионального продукта». Но на томограф для одной из лучших городских больниц с прекрасным нейрохирургическим отделением средств никак не хватало.

Сейчас проверки закончились?

Проверки идут. И я только за, чтобы программа модернизации была проверена. Просто симптоматично, что то, что вы назвали «сливом» и «шаромыжным сайтом», в правоохранительных органах было воспринято как сиг-

нал, по которому надо проверить. Честно говоря, я до сих пор не очень пришел в себя.

Пять главных врачей — это не только пять начальников. Это пять начальников, у каждого из которых чековая книжка, которая давала право заказывать оборудование, менять плитку, трубы — ну, вы понимаете...

Машины и люди

Вы сказали, что куплено 108 компьютерных томографов (КТ) и 74 магнитно-резонансных томографа (МРТ) — а столько надо?

Необходимо. И давно необходимо.

То есть с диагностикой, в том числе и раковых заболеваний, у нас действительно колоссальные проблемы, это не выдумка журналистов?

Проблемы? Это слово слишком мягкое для того, чтобы охарактеризовать то катастрофическое положение, в котором находится наше здравоохранение. И только не надо про лихие 90-е рассказывать. В советское время здравоохранение было таким же катастрофически плохим, просто люди не знали, как может быть иначе. И никогда — никогда! — оно не было бесплатным. Людям говорили: надо сделать исследование, где, как — ищите. И люди носились по Москве и платили столько, сколько от них требовали. Так что про медицинский рай при советской власти мне рассказывать не надо — я прожил большую часть жизни и работал врачом именно при советской власти. Мы отстали страшно.

В конце 1980-х я делала интервью с тогдашним министром здравоохранения СССР Евгением Чазовым. Тогда в Элисте из-за использования грязного шприца в больнице заразили HIV-вирусом 23 ребенка. Тогда Чазов сказал, что в СССР на медицину выделяли 4% ВВП (валовой национальный продукт). Сейчас — 3,8%.

Да, только сегодняшние 3,8% ВВП — это реальные деньги, хотя и недостаточные. В то время, вы помните, рубль официально был приравнен к 68 центам, а на самом деле он стоил намного меньше.

Так вот, тогда Чазов сказал и другое: из 4% — 2% уходило на 4-е управление Минздрава, то есть клиники для 60 тыс. номенклатуры и их семей. При раннем Ельцине эти клиники были переданы в общее пользование, но потом тихой сапой, одна за одной были возвращены Управлению делами президента. И сколько из нынешних 3,8% ВВП реальных рублей уходит на них?

Думаю, совсем мало. Кстати, та же клиника Управления делами на Мичуринском проспекте — она теперь просится к нам, в систему ОМС — обязательного медицинского страхования. Но я говорю им: «Вы понимаете, что как только вы входите в ОМС, то обслуживать только сливки уже не получится, придется работать так же, как любая московская больница. Это значит, что в ЦКБ повезут бомжей. Вы же обязаны будете принять всех по скорой помощи. У меня жесткие требования». Кажется, это их не испугало.

Из городского бюджета выделено 150 млн в год на то, чтобы мы могли отправлять врачей учиться в Женеву,

Базель, Израиль: по 100 человек в год, молодых, с языками. Мы понимаем, что за короткий срок стажировки они не обучатся — важно, чтобы они увидели, какой бывает медицина

Реформа

Как-то в это с трудом верится. Ну хорошо, вы закупили все это замечательное оборудование. Но ведь кто-то еще должен уметь на нем работать. Для вас же не секрет, что те, кто может себе это позволить, да и те, кто не может, но выхода, кроме как вперед ногами, нет, — едут лечиться в Израиль, Германию, Швейцарию. Привозят туда снимки, сделанные на компьютерных томографах в лучших московских клиниках — и в бывшем вашем ЕМС в том числе. Врачи тамошние смотрят — сама тому была свидетелем — и спрашивают: что это? Потому что ни снять правильно, ни увидеть болезнь, ни описать снимки у нас часто не умеют.

Действительно, это реальная проблема. Но надо было с чего-то начинать, и за 1,5 года мы провели серьезную реформу здравоохранения города. Вот смотрите: у нас в городе 500 поликлиник — типовые четырехэтажные здания, оборудования никакого. Вы приходите, вам нужен уролог. Вам говорят: «Вот вам талончик, через пять дней приходите». Вы приходите. У специалиста из всего необходимого диагностического оборудования — палец с вазелином. А нужен ультразвук, а то и компьютерный томограф. Но КТ или МРТ в каждую поликлинику не поставишь — стены надо ломать, да и экономически это нецелесообразно. Что мы сделали? Мы выбрали 46 крупных — крупных именно по размеру зданий поликлиник, оснастили их по первому разряду: КТ, МРТ, ультразвук — абсолютно всем необходимым. К этим 46 центрам присоединили по 4–5 участков поликлиник в качестве филиалов. Таким образом, сейчас в Москве работает или будет работать в ближайшее время, к концу лета, 46 взрослых и 40 детских поликлинических объединений — требуется время, чтобы установить оборудование. В участковых поликлиниках работают врачи общей практики — терапевты, которые помогут вам при ОРЗ, ОРВИ и так далее. А если у вас болит сердце? Что это — кардиология или остеохондроз грудного отдела позвоночника? Если первое — кардиограмма, если второе — компьютерная томография. Раньше вам говорили: идите, ищите, делайте, платите. Теперь терапевт вам должен сказать: КТ — в нашем головном отделении, я вас сейчас запишу. У врача на компьютере высвечиваются свободные места на КТ: вы выбираете день, время.

Это бесплатно?

Абсолютно бесплатно.

Вы уверены, что и в карман халата не потребуют?

С вас обязаны НЕ потребовать денег. А если потребуют — не считайте за труд, сообщите мне. Я вам более того скажу: у меня сейчас по всем поликлиникам инкогнито ездит медицинская инспекция — ровно для того, чтобы ловить за руку тех, кто вымогает деньги.

Но доступ к диагностическому оборудованию — это только часть проблемы. Вторая — нехватка узких специалистов в поликлиниках. В поликлинических объединениях мы создали отделения — той же урологии, к которому прикреплены, скажем, 4–5 урологов, у которых есть график: я вам не обещаю, что в вашей участковой поликлинике уролог будет принимать каждый день, но через день он принимать будет. И в кабинете у него будет стоять ультразвук среднего класса, а не только его личный палец с вазелином. А если нужен ультразвук экспертного класса — он стоит столько же, сколько компьютерный томограф, — то он есть в головном отделении. И так со всеми специалистами. Создание поликлинических объединений позволило нам наконец решить эту проблему. Сейчас мы в ручном режиме эту систему отлаживаем. Это непросто, потому что было пять главных врачей, а остался один. В каждой поликлинике было по три заместителя, а теперь всего три на все объединение. Были экономисты, инспекторы по кадрам...

И на сколько вы сократили административный аппарат?

На 30%. Но тут есть одна важная деталь: пять главных врачей — это не только пять начальников. Это пять начальников, у каждого из которых была чековая книжка, которая давала право заказывать оборудование, менять плитку, ремонтировать трубы — ну, вы понимаете... Теперь они стали управляющими. Казалось бы, счастье — лечи, не занимайся туалетами. Но они уходят, хотя всем было предоставлено право руководить своими участковыми поликлиниками. Но без права на закупки — не хотят... А еще теперь в Москве нет кожно-венерологических диспансеров.

А где же теперь реакция Вассермана?

А теперь создан единый Научно-практический центр дерматовенерологии, который поглотил их все, и в результате стало ясно, что минимум треть из них можно просто закрыть, они не нужны. Там в каждом сидел главный врач, такой царек, в одном из этих центров главный врач, уже немолодая женщина, провела себе служебный телефон в квартиру и вообще не ходила на работу. Они там тихонечко занимались коммерцией: иностранцы, гастарбайтеры... Безумные вещи. Больше нет у нас и врачебно-физкультурных диспансеров — все это объединено под единым научно-практическим центром, часть диспансеров просто закрылась: там все сдавалось в аренду, в субаренду. Нет и онкологических диспансеров — они преобразованы в амбулаторные подразделения онкологических больниц, с тем чтобы врач, который лечил больного, продолжал за ним следить и потом. Ликвидировали мы и женские консультации: теперь это подразделение роддома и главный врач несет ответственность за весь предродовой период и за первые послеродовые дни. Причина опять та же: в женских консультациях не было ничего, кроме гинекологического кресла, а теперь в роддома мы поставили или поставим ультразвук экспертного класса, который позволяет выявить патологию плода на ранних сроках беременности.

Ну и теперь к вашему вопросу — о врачах, которые не умеют понять, что там показала самая современная компьютерная томография.

Отвечаю: из городского бюджета выделено 150 млн в год на то, чтобы мы могли отправлять врачей учиться — у нас заключены договоры — в Женеву, Базель, Израиль: по 100 человек в год, молодых, с языками. Мы понимаем, что за короткий срок стажировки они не обучатся — важно, чтобы они увидели, какой бывает медицина. Кроме того, на базе научно-практического центра рентгенодиагностики мы создаем Центр компетенции, куда будут стекаться томограммы со всего города — те, которые требуют второго или более опытного глаза. Это дорогая история, мы создаем этот центр вместе с инвесторами.

В женских консультациях не было ничего, кроме гинекологического кресла, а теперь в роддома мы поставили или поставим ультразвук экспертного класса, который позволяет выявить патологию плода на ранних сроках беременности

Стандарты

Еще один вопрос из реальной жизни: у человека острый приступ почечной колики. Никогда ничего раньше не было, а тут — температура, озноб, кошмар. Полечили, вылечили. Казалось бы, врачам задаться вопросом: а с чего вдруг поехали почки? Не задались. Через год диагностируют рак. Специалисты объясняют: по протоколу обязаны были тогда, когда был приступ пиелонефрита, делать ультразвук. Не сделали. У нас не знают протоколов или плюют на них?

Я не знаю, что в этой конкретной истории было — не могу судить. Что касается протоколов, или, как мы их называем, стандартов, то в Москве мы ими занимаемся всего несколько лет, их уже существует более 200. И будучи еще министром здравоохранения правительства Москвы, я утвердил такие протоколы для скорой помощи. Эти стандарты — защита от дурака. Но человек не укладывается в простые лекала: 90% пациентов под них подходят, а 5% — нет. Но с ними, протоколами, не все так просто: есть безумно дорогостоящие стандарты, которые такими быть не должны, а есть — явно недостаточные. Потому что разным людям, особенно производителям того или иного, очень хочется, чтобы их исследования вошли в протокол.

Лоббисты — это понятно. Но, вероятно, дело еще и в том, что обязательное медицинское страхование (ОМС) не покрывает стандарты?

Не покрывает. Скажем, условно говоря, тариф ОМС на рентген — 30 рублей, а в реальности эта процедура стоит 100. Поэтому я считаю, что коли у нас принято политическое решение о том, что медицина у нас страховая, то и надо большую часть денег из этих 3,8% ВВП пустить на покрытие тарифов ОМС. Я сейчас скажу вещь, за которую многие коллеги на меня обидятся: надо сократить расходы на фундаментальные исследования — мы здесь все равно безнадежно отстали, сократить расходы на медицинское образование — уменьшить прием в вузы, потому

что большая часть выпускников в медицину так и не приходит — тогда мы сможем тарифы ОМС приблизить к реальным. И тогда мы сможем какую-то часть медицинских услуг покупать у частных клиник. А частник тогда будет заинтересован в том, чтобы, например, инвестировать в создание позитронно-эмиссионного центра, потому что он будет знать, что государство у него будет эти услуги покупать. Сегодня без ПЭТ-скана невозможно представить себе современную онкологию, а у нас их почти нет.

Больные вопросы

Каждую неделю мы в журнале публикуем дневник Антона Буслова, у которого рак в плохой стадии и которому врачи в Москве сказали: вам нужен курс лекарства под названием брентуксимаб. Он, кстати, писал и про эти ПЭТ-сканы, как трудно на это исследование попасть и как дорого это якобы бесплатное стоит. Так вот, лекарство есть в США. Деньги на него — \$150 тыс. — Антон собрал через интернет. Но вот беда: в России препарат еще не утвержден, хотя в американских клиниках широко используется, а значит, ввезти его — целая история. Антону пришлось ехать в Нью-Йорк. Не только лишние расходы, но и один он там: жена работает в Москве, чтобы платить по ипотеке за их подмосковную квартиру...

Можете не продолжать — я уже понял ваш вопрос. Он не ко мне — к федеральному министру здравоохранения. Но если хотите знать мое мнение, то я считаю, что лекарствам, которые прошли через горнило утверждения American Drug Administration или в Европе — Vidale, — устраивать клиническую апробацию у нас — безумие. Пусть меня обвинят в непатриотизме, но это — терять время, деньги, это поддерживать поляну для вымогательства и взяток.

Обезболивание раковых больных в терминальной стадии — тоже страшная история: получить ампулы — проблема, люди уходят из жизни в страшных муках. Почему?

Должен вам сказать, что эта проблема — абсолютно надуманная. Наркотические анальгетики — препараты копеечные. Никаких приказов, ограничивающих их выдачу, нет. Другой вопрос, что врачей запугали. Я понимаю: в стране остро стоит проблема наркомании. И с этим надо бороться. Но все эти бесконечные передачи по телевизору, все эти дела ветеринаров, врачей-трансплантологов, бесконечные рассказы о врачах-убийцах по НТВ создали атмосферу страха. Врач теперь десять раз подумает и подстрахуется, прежде чем выписать ампулу морфия. Хотя да, есть и недобросовестные врачи, которые препаратами приторговывают. Что с этой ситуацией делать — не знаю. Надо искать компромисс. Потому что страх теперь сидит в голове каждого онколога.

Мне кажется, что это еще и следствие крайне неуважительного отношения у нас к смерти, к процессу ухода человека из этого мира. Почему, например, к умирающим, которые находятся в реанимации, не пускают близких? Почему они должны уходить в одиночестве? Да, конечно, в реанимации спасают других больных и

родственники им мешают. Но тогда, может быть, надо предусматривать специальные палаты для умирающих? Ведь людям надо попрощаться. Но мне кажется, что большинство врачей у нас этого совершенно не понимают — для них это не человек, а капельницы, трубки, провода, идущие к безликому телу. Честно говоря, за последние годы я встретила одного врача, который не только спасает — сопереживает своему пациенту. Его зовут Магомед Адалов.

Блестящий хирург. Его в свое время выгнали из шестьдесят седьмой больницы — из-за того, что он, что думает, то и говорит. И мой уход из этой больницы был во многом связан с тем, что Адалова выгнали. А что касается вашего вопроса... Согласен, это проблема. Не простая. Не однозначная. И наверное, надо подумать, как ее решать.

В одном из интервью вы сказали, что уйдете из этого кабинета, когда поймете, что решили поставленные задачи. Что для вас будет показателем, что свою миссию вы выполнили?

Когда я увижу, что система заработала. Кстати, для мэра здравоохранение — один из трех его приоритетов наряду с пробками и метро: он требует отчета каждую неделю. У нас уже общая смертность в Москве за два года упала на 18%, смертность от злокачественных заболеваний — на 10%. Резко снизилась смертность от инфарктов миокарда — в том числе и потому, что теперь в машинах скорой помощи появилась ампула актилиза — дорогостоящего, кстати, препарата, которая позволяет прямо в скорой или на дому растворять тромб. Но впереди еще непаханое поле.

У меня в бумажнике лежит зеленая карточка ОМС — обязательного медицинского страхования. За 20 лет я воспользовалась ею один раз, притом что, как и все, плачу налоги. Эта карточка — символ фикции под названием страховая медицина: за все приходится платить из своего кармана. Она мне когда-нибудь понадобится или можно ее выбросить прямо здесь, у вас в кабинете?

Не торопитесь. Давайте поставим эксперимент: в конце июля 2013 года вы придете в свою поликлинику: убежден, что вы немало будете удивлены, и мы с вами обсудим то, что вы увидите.

Договорились.

Новое время - The New Times, Москва, Альбац Евгения (26.03.2013)

Какие суммы мы платим врачам и за что

«КП» провела совместное исследование с Общественной палатой РФ [итоги]

Чего греха таить: в карман врачу или медсестре платил почти каждый. Официально же, по квитанции, мы лечимся за свой счет куда реже. Чтобы вывести платную медицину из подполья и в то же время гарантировать права клиентов-пациентов, правительство выпустило

подробные правила об оказании медуслуг за деньги (документ действует с 1 января). Эксперты опасались: в итоге бесплатная медпомощь сократится до минимума, и больным придется все чаще раскошелиться за свое здоровье. Оправдался ли прогноз? «КП» провела совместное исследование с Комиссией по контролю за реформой здравоохранения Общественной палаты России (ОПРФ), чтобы выяснить: за что и сколько теперь пациенты платят врачам? Специалисты разработали анкету, и мы попросили читателей заполнить ее на сайте kr.ru

Кто раскошеляется чаще

С начала этого года уже успели расстаться с деньгами в государственных поликлиниках и больницах больше двух третей участников опроса.

При этом чаще всего платили за медуслуги пациенты от 30 до 49 лет (49%), а реже всего — молодежь от 18 до 29-ти. Оно и понятно: в юном возрасте со здоровьем обычно получше, а с деньгами похуже, в то время как после 30-ти мы начинаем внимательнее следить за самочувствием и, как правило, имеем стабильный заработок.

Мнения читателей: «Хочешь без очереди к врачу или на анализы — дай на лапу; хочешь лечь на обследование или операцию — озолоти завотделением или главврача». «А у меня вопрос: за что платить в государственном медучреждении? Помещение больницы — государственное, оборудование куплено на бюджетные деньги, т.е. на мои налоги. Врачу зарплата опять же из бюджета идет».

Комментарий экспертов: «К сожалению, средств из фондов ОМС (обязательного медстрахования. - Ред.) на достойное содержание и обеспечение медучреждений и медработников не хватает — думаю, в том числе поэтому им разрешили зарабатывать на медуслугах», — поясняет член Комиссии ОПРФ Ирина Ильченко. — «Но из-за этого может быть ущемлено право граждан на бесплатную медпомощь, снижается ее доступность. К примеру, поликлиника может принять 100 человек в день, 20 из них платные пациенты и бесплатных будет 80. А если платных 40 человек, то бесплатных останется не больше 60-ти и т.д.».

«Мои дорогие... анализы»

Первое место среди процедур, за которые чаще всего раскошеляются пациенты, заняли диагностические исследования (различные анализы, УЗИ, гастроскопия и т.п.).

Каждый пятый из участников опроса заплатил за консультацию специалиста либо за лечебные процедуры. А вот за то, чтобы получить направление в другие медучреждения (в том числе на обследования и операции), отдали деньги всего 3%.

Больше трети — 35% пациентов оставили часть зарплаты в поликлиниках и больницах, чтобы поскорее попасть в врачу или пройти обследования и лишь 7% — чтобы получить медуслуги повышенной комфортности (отдельная палата в больнице, сиделка и т.п.). Среди медучрежде-

ний лидером по сбору денег с населения стали стоматологические клиники (31%), за ними - районные поликлиники (24%) и на третьем месте - платная госпитализация в больницы.

Мнения читателей: «В нашем районе одна поликлиника, и всегда были большие очереди к стоматологам. А потом стоматологию сделали платной, и стоматологи остались вообще без пациентов: народ ушел в частные клиники, где денег берут немногим больше, а качество работы намного выше».

Комментарий экспертов: «Более-менее обеспеченные пациенты чаще платят, чтобы получить более качественные медуслуги (будучи уверенными, что бесплатно лечат хуже), а малообеспеченные больные отдают последние деньги, когда медпомощь вообще недоступна - не кладут в больницу, не дают направление на операцию и т.п.», - отмечают специалисты ОПРФ.

Четверть зарплаты отдай врачу

Почти половина пациентов отдает за медуслуги до четверти своих среднемесячных доходов. Около 11% больных оставляют у медиков больше половины зарплаты, и четверть участников опроса обходится «малой кровью», выплачивая за медуслуги меньше 5% заработка.

В целом большинство пациентов более-менее довольны качеством платных медуслуг: половина ответила, что обследование-лечение за деньги устроило их «отчасти», а 24% удовлетворены безоговорочно.

В то же время каждый четвертый (чуть больше 25%) считает, что заплатил врачам без толку.

Мнения читателей: «Плачу очень много и практически за все (за редким исключением). Медицинский полис - совершенно бесполезная бумажка. Здоровье дороже». «Увы, сейчас все меньше медиков, которые способны поставить диагноз и вылечить. Боюсь, скоро наступит момент, когда пациенты станут бегать по больницам с деньгами и некому будет их дать - не найдешь тех, кто сможет помочь!».

Комментарий экспертов: «Цены на платные медуслуги в государственных больницах и поликлиниках должны быть ниже цен частных клиник, а местные органы здравоохранения должны устанавливать верхний предел тарифов для госучреждений - такие рекомендации подготовлены Общественной палатой», - отмечает член Комиссии ОПРФ Ирина Ильченко. Кстати, Минздрав уже разработал проект приказа о тарифах на платные медуслуги (сейчас документ проходит необходимые согласования).

Отклик медика

«Мы лечим всех одинаково»

Начальство хочет денег и устраивает сложности для больных и врачей. После этого у замотанного доктора сил для человеческого отношения уже мало, а больные предлагают «допинг». Им же хочется внимания, участия и неспешности.

Там, где главврач нормальный, там и взятки не берут. А лечим мы всех одинаково - и платников, и бесплатных.

Личный опыт

Где найти толкового доктора

Когда понадобилось лечить от серьезной болезни ребенка, то самую лучшую помощь мы получили не в платных консультативных центрах, где оставили уйму денег, а в бесплатных больницах. Там малыша показывали всем нужным специалистам, проводили консилиумы и реально помогали. И так было не один раз.

*Комсомольская правда,
Москва, (25.03.2013)*

Смотрите на здоровье

Новая инициатива предлагает создать общественные комиссии по контролю за качеством медицины. Специальные гражданские инспектора начнут следить, как людям лечится в наших больницах. Законопроект с такими идеями внесен в Госдуму. Предлагается создать в каждом регионе своего рода народные инспекции здоровья. Официальное же название: общественные комиссии по защите прав граждан в сфере охраны здоровья.

В составе такого комитета должно быть не менее трех человек. Кандидатов в гражданские надзиратели будут выдвигать общественные объединения. Квота каждого объединения - не более одного человека в комиссии народного медконтроля.

Конечно, вряд ли группы здоровья смогут оценить правильность рецепта или распознать ошибки хирургической операции. Однако есть вещи, выявить которые можно и невооруженным глазом. Например, чтобы заметить грязь в палатах и хамство персонала, не надо быть профессором медицины.

Наоборот, лишние знания могут притупить взор. Часто хорошим тоном у нас считается закрыть глаза на оплошности коллег. У многих такая привычка вошла в профессиональную кровь. Поэтому и нужен глаз со стороны.

Народный медицинский контроль сможет принимать жалобы от граждан, посещать больницы и поликлиники с инспекциями, бить тревогу в обществе, если дело серьезно. Во время медицинских обходов контролеры будут смотреть, обеспечены ли больницы лекарствами и оборудованием, всего ли хватает. Допустим, пациентов заставляют приходить со своими бинтами и шприцами, кто в этом виноват?

«В некоторых городах больные серьезными хроническими болезнями: гемофилией, онкологическими, гематологическими и редкими (орфанными) заболеваниями, диабетом, перенесшими трансплантацию, стали самостоятельно объединяться в ассоциации, сообщества, считая, что только вместе можно найти справедливость», говорится в пояснительной записке.

Больные с такими диагнозами нуждаются в постоянной поддерживающей терапии. Отказ в выписке до-

рогих препаратов или какие-то перебои с лекарствами грозят бедой. «Право на получение льготных лекарств должны иметь не только те, кто признан инвалидами, но и все больные тяжелыми жизнеугрожающими заболеваниями», считают авторы проекта.

По их мнению, введение общественного контроля поможет решить в том числе и вопрос с обеспечением бесплатными лекарствами, а также доступностью бесплатной медпомощи вообще. «Заслуживает одобрение необычный проект забайкальских практикующих врачей терапевта Антона и хирурга Анастасии Ждановых, которые разработали специальную анкету для размещения ее в Интернете, - говорится в пояснительной записке. - Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Забайкальского края поддержал инициативу молодых врачей и на официальном сайте Территориального фонда ОМС Забайкальского края появился раздел и анкета, представляющая возможность оценить уровень получаемого гражданами медицинского обслуживания».

Таким образом, продолжают авторы проекта, в Забайкальском крае самостоятельно возник общественный контроль за качеством медицинского обслуживания посредством современных информационных технологий. «Все сильные и слабые стороны лечебно-профилактических учреждений можно увидеть в реальном времени, но большинство граждан не могут воспользоваться новыми технологиями по разным причинам, в том числе и в связи с отсутствием дорогостоящих компьютеров», говорится в пояснительной записке.

Одна из проблем нашей медицины (и, кстати, не только ее) в том, что качество и эффективность системы определяют чиновники по своим бюрократическим методикам. В результате получаются совершенно оторванные от реальной жизни критерии, где цифра важнее человека. Где красивый отчет для больницы важнее спасенных на деле жизней. Где больной только мается под ногами.

Страдают от бюрократической системы и сами врачи. Возможно, общественный контроль поможет защитить и доктора, который стал крайним. К тому же актуальным остается контроль и платной медицины. В коммерческих клиниках, конечно, за человека борются: там и вежливость, и хорошая организация. Однако где гарантия, что из клиента не выкачивают деньги, выискивая у него все новые болячки?

«Даже при налаженной информационной технологии требуется специальная служба с определенными полномочиями, которая могла бы оказать реальную помощь пациентам медицинских организаций и гражданам, нуждающимся в медицинской помощи и медицинских услугах, - считают авторы проекта. - Превращение медицины в бизнес делает понятие «медицинские услуги» в неоправданно дорогостоящие услуги, оплата которых зависит от количества, а не от качества».

Поэтому народу предлагают взять лечебную сферу под свой контроль.

Эксперты, опрошенные «РГ», разошлись в оценках. В теории словосочетание «общественный контроль», по их словам, всегда звучит хорошо. А на деле получается по-разному. У наших общественных советов, инспекций, комиссий и прочих есть две болезни, которые с трудом поддаются лечению.

Первая хворь: карманные общественные советы, подпевающие начальству. Нередко большой руководитель начинает с того, что заявляет, мол, ему не нужны «карманные советы», а потом тут же создает себе карманный «народный контроль». Или, бывает, появится нормальный совет, а потом вдруг и заразится карманной болезнью.

Есть и другая болезненная крайность: советы-говорунки, которые любят разрушать ради разрушения. От них не приходится ждать конструктивной работы, ведь это рутинная работа. Они не могут слушать, не способны что-либо услышать, а стремятся только говорить. Какая болезнь хуже, сказать трудно. Некоторые скептики иронизируют, мол, не ввести ли у нас общественные советы по контролю за общественными советами?

Оптимисты же считают, что общественный контроль ничто не может заменить, просто гражданскому обществу нужно время, чтобы научиться им пользоваться. Ведь время не только лечит, но и учит.

Досье «РГ»

Правительством утверждена «Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года». По прогнозной оценке на реализацию ее мероприятий из бюджетов всех уровней будет выделено более 33 триллиона рублей.

Предполагается, что результатами программы должны стать увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 74,3 лет в 2020 году. Снижение смертности от всех причин до 11,4 на 1000 человек в 2020 году.

*Российская газета, Москва, Владислав Куликов
(02.04.2013)*

Звонок от позвонка

По статистике, от 65 до 96 процентов людей хотя бы раз испытывали тяжкие боли в позвоночнике. Более 40 процентов - регулярно. В большинстве случаев они порождены дегенеративно-дистрофическими изменениями позвоночника - остеохондрозом. Об этом мы беседуем со старшим научным сотрудником отделения хирургии позвоночника Российского научного центра хирургии им. Петровского Алексеем Хейло, членом Ассоциации хирургов-вертебрологов России.

Алексей, почему позвоночник все чаще дает о себе знать?

Алексей Хейло: Да потому что все меньше двигаемся, все стремительнее набираем вес. Все меньше

времени для физкультуры. Еще одна важнейшая причина: у нас отсутствует культура наблюдения за своим здоровьем. Большинство пациентов с гордостью говорят, что никогда к врачам не обращались. Это значит не обращали внимание на свои проблемы, лечились как бог на душу положит. И лишь потом, когда перестали справляться с болью, - пришли. Обычно к этому моменту болезнь приобретает такие размеры, что невозможно обойтись без операции.

Имеете в виду прежде всего грыжи межпозвоноковых дисков?

Алексей Хейло: Вы правы. Они - причина 80 процентов заболеваний периферической нервной системы. И самая частая причина нетрудоспособности. Чаще всего грыжи локализуются в нижне-поясничном отделе позвоночника, за ним следует шейный отдел. Реже всего встречаются грыжи межпозвоноковых дисков в грудном отделе.

Боли мучительные. А методы противостояния?

Алексей Хейло: От лечебной физкультуры до хирургии. Большинство из них эффективны. Но беда в том, что специалисты слабо взаимодействуют, часто берутся решать проблемы пациента, не подходящего под данную методику. Отсутствует глобальный взгляд на ситуацию. Физиотерапевты могут годами безуспешно пытаться справиться с проблемами пациента, нуждающегося в хирургическом лечении. Есть и хирурги, проводящие операции тем, у кого нет к ним показаний. Разумеется, врач, неправильно поставивший диагноз или переоценивший свои силы, не добивается успеха. Это порождает разочарование пациента.

1-2 дня постельный режим для пациентов, перенесших современную операцию на позвоночнике.

Очень мягко сказано.

Алексей Хейло: От пациентов, приходящих за хирургической помощью через несколько лет мучений, часто приходится слышать: специалисты, осуществившие консервативное лечение, категорически не советовали проводить операцию. Пугали опасностью такого вмешательства, тем, что эффективность его не превышает 50 процентов, что высока вероятность рецидива.

Но ведь действительно страшно: на позвоночнике все держится, а любая операция - всегда езда в незнаемое. Малейшая неточность, и человек может лишиться возможности ходить.

Алексей Хейло: Согласен, страшно. Но этот страх перед операциями на позвоночнике пришел из тех времен, когда хирургические технологии были далеки от совершенства. Не зря крылатая фраза одного из основателей нейрохирургической школы, академика Николая Ниловича Бурденко о том, что «пациента с грыжей диска следует оперировать только тогда, когда он сам приползет на коленях и попросит яду», разошлась по стране. Но это прошлый век. С 80-х годов, с появлением новых микротехнологий, эндоскопии,

новых систем стабилизации позвоночника, совершенствованием магнитно-резонансной томографии, интраоперационных систем визуализации ситуация радикально изменилась.

Конечно, вероятность осложнений есть всегда. Это хирургия. Мне кажется, что любой врач, обещающий пациенту 100-процентный результат, не совсем понимает базовые принципы нашей работы. Своих пациентов я всегда предупреждаю о возможных осложнениях. Да, вероятность их развития небольшая. Общемировая статистика ведущих медицинских центров, проводящих операции по поводу грыж дисков поясничного отдела позвоночника, - 0,2 процента осложнений. И процент в отделении хирургии позвоночника центра имени Петровского вполне укладывается в общемировую. Но вероятность осложнения есть всегда. И забывать об этом нельзя. Операция всегда риск - и этот риск должен быть взвешен и обдуман. Если в борьбе с болезнью потеряно качество жизни, время думать о хирургии.

Ассоциация вертебрологов создана и для того, чтобы минимализировать страх?

Алексей Хейло: В какой то степени и для этого тоже. Но не только. Хирургическая вертебрология, как отдельная дисциплина, только формируется. Отсутствуют общепринятые стандарты лечения, стандарты использования хирургических технологий. Нет системы повышения квалификации врачей, совершенствования их практических навыков, системы контроля, наконец. Поэтому нередко результаты лечения пациентов в специализированных вертебрологических отделениях и центрах сильно отличаются от результатов, полученных вне такого рода коллективов. Для разрешения этих вопросов и создана наша Ассоциация, которая объединяет ведущих хирургов-вертебрологов страны.

Значит, есть надежда, что ситуация изменится к лучшему. И все же, каковы основные показания к операции на позвоночнике?

Алексей Хейло: Любого рода клинические признаки повреждения спинного мозга и его корешков: развитие слабости и онемения в конечностях, нарушение функции тазовых органов, болевой синдром, с которым не удастся справиться нехирургическим путем. А еще есть операции, проводимые при нестабильности позвонков, развившейся в результате травмы или аномалии, операции при опухолях. В этом случае операции показаны и без видимых клинических проявлений, чтобы предотвратить проблемы для пациента в будущем.

Современные хирургические технологии при лечении травм и заболеваний позвоночника позволяют максимально рано активизировать пациента. Максимально рано и, как правило, без особых ограничений вернуть его к привычному образу жизни. Например, малоинвазивные методики лечения его неосложнен-

ных переломов у пациентов старшего возраста позволяют «активизировать» их через два часа после операции. При этом сама по себе операция проводится под местной анестезией. Также в день хирургического вмешательства поднимаются пациенты после операций по поводу грыж межпозвонковых дисков шейного отдела. Для большинства тех, кто перенес современную операцию на позвоночнике, срок пребывания в постели после нее не превышает 1-2 дней, а в стационаре - 5-7. Исключение составляют пациенты, болезнь которых осложнена другими заболеваниями, которым, скажем, из-за наличия у них неврологического дефицита, требуется реабилитационное лечение.

Чем человек старше, тем сложнее решиться лечь на операционный стол.

Алексей Хейло: Суть современных малоинвазивных технологий именно в их малой травматичности, а значит, и безопасности для пациента. Оперированы могут быть люди практически любого возраста. В нашем отделении, как и в большинстве стационаров

страны, лечение заболеваний и травм позвоночника проводится по квотам Минздравсоцразвития на оказание высокотехнологичной медицинской помощи. Также возможна госпитализация и лечение на основании добровольного медицинского страхования.

Не по знакомству? Без протекции?

Алексей Хейло: В нашей клинике оперируются люди со всей страны и ближнего зарубежья, которые просто прислали к нам на консультацию снимки, а потом приехали на осмотр. Оформляем документы, запрос на получение квоты. А дальше - пациенты включаются в список и ждут вызова.

*Российская газета, Москва,
(05.04.2013)*

I. Рукопись

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

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

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

В работе необходимо указать:

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

- инициалы и фамилии авторов;

- название организации, где выполнена работа; город.

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

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

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

II. Содержание

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

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

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

III. Ссылки

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

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

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

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

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

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

Примеры библиографических описаний:

Книга

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

Автореферат диссертации

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

Статья из сборника

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

Статья из журнала

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

Статья из зарубежного журнала

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

Сборник тезисов докладов международных конференций

Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie: Abstractband. – Magdeburg, 2010. – 164 s.

IV. Иллюстрации

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

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

V. Авторские правки

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

За публикацию статей плата с авторов не взимается.

Рукописи направлять по адресу:

Россия, 127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, 59а,
000 «Издательство «Офтальмология».

Тел.: +7 (499) 488-87-03

E-mail: journal-oms@yandex.ru