

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ

ISSN 2221-9943



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ
Ф О Н Д
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

МЕДИЦИНСКОЕ

СТРАХОВАНИЕ

В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

1 – 2014

В.В. ПУТИН: «Крупные лечебно-научные центры должны остаться на федеральном уровне, мы не можем потерять эту сеть. Подчеркну, речь идёт о центрах, которые действительно можно назвать элитой нашего здравоохранения, где сконцентрированы все необходимые ресурсы – специалисты высочайшего класса, самое передовое оборудование и технологии»



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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

**НАУЧНО–ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
№ 1, 2014**

«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

№ 1, 2014

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.З. Фаррахов – Заместитель министра здравоохранения Российской Федерации, к.м.н.

П.В. Бреев – Советник председателя ФОМС

А. Гуффрида – Старший экономист Всемирного банка по вопросам здравоохранения, д.э.н. (США)

С.А. Карчевская – Заместитель председателя ФОМС

М.А. Ковалевский – Профессор кафедры управления и экономики здравоохранения НИУ ВШЭ

О.А. Константинова – Заместитель директора Департамента лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий Министерства здравоохранения Российской Федерации

С.Г. Кравчук – Начальник Управления организации ОМС ФОМС

Д.Ю. Кузнецов – Президент Межрегионального союза медицинских страховщиков

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

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

А.В. Решетников – 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 29.04.2014 года. Тираж: 2000 экз.

Формат: 205 x 275 мм. Объем: 82 полосы

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», 2014

Выходит 1 раз в два месяца с 2006 года
Зарегистрирован в Федеральной службе по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия
Регистрационный номер ПИ № ФС77-23840 от 28 марта 2006 года

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

«OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE IN THE RUSSIAN FEDERATION»

№ 1, 2014

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

Ayrat Farrakhov – MD, PhD, Deputy Minister of Healthcare of 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

I.V. Sokolova – Deputy Chairman of the FCHIF

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

O.V. Tsareva – MD, PhD, Head of the Department for Modernization of OMI System, FCHIF

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

S.V. Shishkin – Research Director of the Institute for Health Economics of the National Research University - the Higher School of Economics, PhD, Dr. Economical Sciences.

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 29.04.2014, Circulation: 2000 copies

Format: 205 x 275 mm, Volume: 82 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», 2014

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

ОФИЦИАЛЬНО | НОВОСТИ

Совещание по вопросам здравоохранения	4
Совещание по вопросам развития здравоохранения	8
Новые кадровые назначения	10

20 ЛЕТ ОМС

20 лет системе обязательного медицинского страхования Российской Федерации	12
Семинар «Вопросы управления государственными финансами в 2014 году в системе обязательного медицинского страхования».	22

ОБЩЕРОССИЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ

IX Общероссийский медицинский Форум	24
---	----

НАШИ ПУБЛИКАЦИИ

Ю.А. Нечепоренко Два полюса одного полиса	34
С.Г. Кравчук ФОМС: работающие в ОМС клиники не могут отказать в бесплатной помощи	36

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОЛИМПИАДЫ-2014

Деятельность инфраструктуры обязательного медицинского страхования в условиях медицинского обеспечения Олимпийских игр	38
В Сочи подвели итоги работы медиков во время Олимпиады	40

ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

Деятельность Территориального фонда обязательного медицинского страхования города Байконур	42
Обеспечение финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования на территории Республики Адыгея в 2013 году	44

ДАЙДЖЕСТ НОВОСТЕЙ

Обязательное медицинское страхование и социальная политика в СМИ	50
---	----

НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ

Комментарий к Федеральному закону Российской Федерации № 390-ФЗ от 28.12.2013	64
Федеральный закон Российской Федерации от 28 декабря 2013 года № 390-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием федерального закона «О ратификации протокола о присоединении Российской Федерации к Марракешскому соглашению об учреждении Всемирной торговой организации от 15 апреля 1994 г».	65
Комментарий к Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации № 859ан от 20.11.2013	70
Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 ноября 2013 г. № 859ан «О внесении изменений в правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н».	71
Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19 декабря 2013 г. № 256 «О комиссии Федерального фонда обязательного медицинского страхования для рассмотрения вопросов предоставления работникам единовременной субсидии на приобретение жилого помещения на 2014 год	79

Совещание по вопросам здравоохранения

21 января 2014 г., Московская область, Ново-Огарёво



Владимир Путин провёл совещание, в ходе которого обсуждались актуальные вопросы развития системы здравоохранения, работа по исполнению указов Президента, подписанных в мае 2012 года.

Особое внимание уделено внедрению механизмов снижения неэффективных расходов в здравоохранении, повышению эффективности деятельности медицинских учреждений, вопросам оплаты труда медработников.

В.ПУТИН: Добрый день, уважаемые коллеги!

Мы в декабре прошлого года на заседании Госсовета уже заслушали информацию Минобрнауки о развитии образования и Минстроя о состоянии рынка жилья. И дальше будем обсуждать исполнение наших планов, в том числе изложенных в майских указах 2012 года, на встречах с членами Правительства. Так мы с вами раньше об этом и договаривались.

Сегодня поговорим о положении дел в здравоохранении. В прошлом году здесь кое-что удалось сделать. И это кое-что уже, можно сказать, весомо звучит по некоторым направлениям, заслуживает положительной оценки. Например, снизилась смертность вообще и от

сердечно-сосудистых заболеваний в частности. Почему я так развёл эти две вещи? Потому что за 11 месяцев прошлого года по сравнению с аналогичным периодом 2012 года смертность вообще снизилась на 1,5 процента, а от сердечно-сосудистых заболеваний – на 4 процента. Это, конечно, результат.

В соответствии с заданными ориентирами повышается заработная плата врачей и среднего медицинского персонала. По врачам это 36 процентов плюс, 136 процентов по стране в целом, в среднем от средней заработной платы по экономике, она у нас за прошлый год, по предварительным подсчётам, 29 тысяч рублей в месяц составила, средняя по экономике среди врачей – 39,5.

Среднего медперсонала повысилась зарплата на 78 процентов, младшего – на 45. Кстати говоря, целевые показатели у нас были по врачам и по среднему медперсоналу скромнее – было 29,7 по врачам и 75,6 по среднему персоналу. Повторяю, мы их чуть-чуть превысили, а по младшему медицинскому составу чуть-чуть недотянули, потому что показатель у нас был ориентировочный 50,1 процента, а мы вышли на 45.

Отмечу также, что в прошлом, 2013 году мы завершили

реализацию программ модернизации здравоохранения, которые, по сути, начали ещё в 2010 году, в 2011-м, 2012-м и 2013-м завершили окончательно. Мы существенным образом обновили материально-техническую базу больниц и поликлиник в регионах Российской Федерации, создали условия для внедрения стандартов медицинской помощи. Однако, хотел бы на это обратить особое внимание, в некоторых клиниках не всё ещё оборудование введено в эксплуатацию из-за нехватки специалистов и расходных материалов.

Работа по развитию здравоохранения, безусловно, должна быть продолжена. Это одна из самых чувстви-

Вместе с тем новое качество медицины предполагает дальнейшее укрепление материально-технической базы медицинских учреждений и создание современных больниц и поликлиник.

Очевидно, что простое включение инвестрасходов в тариф ОМС – довольно рискованное, сложное дело. Это приведёт к увеличению нагрузки на бизнес и на граждан. Однако направлять на развитие медицинской инфраструктуры исключительно государственные средства тоже достаточно сложно, неэффективно, затратно, и порой просто это деньги в никуда. Поэтому необходимо искать решения в рамках различных моделей государ-

В.В. ПУТИН: «За 11 месяцев прошлого года по сравнению с аналогичным периодом 2012 года смертность вообще снизилась на 1,5 процента, а от сердечно-сосудистых заболеваний – на 4 процента».

тельных сфер нашей жизни. Прежде всего нужно продолжить структурные реформы, чтобы избавиться от неэффективных расходов, оптимизировать сеть больниц и поликлиник, за счёт этого обеспечить дальнейший рост зарплат медицинских работников, а главное, повысить качество медицинского обслуживания.

Особо чувствительный вопрос – это оптимизация сети бюджетных медицинских учреждений. Мы знаем, чем оборачиваются здесь поверхностные, формальные, чисто бюрократические подходы. Например, какую реакцию людей вызывало закрытие больниц или роддомов на селе, в небольших городах, где, собственно говоря, кроме этих медучреждений, ничего другого и не было. Такая структуризация сети, конечно, недопустима.

Я вновь хочу повторить: нужны выверенные, обоснованные решения, постоянный и откровенный диалог с гражданами, но анализ должен быть, в конце концов, здравый. И конечно, необходим жёсткий контроль со стороны федеральных и региональных властей. Для этого нужно сформировать понятные и эффективные механизмы управления структурными преобразованиями в отрасли.

Мы сегодня об этом поговорим. Я рассказал о проблемах и, как в народе говорят, о возможных «засадах», но без внятных, обоснованных и понятных действий, необходимых действий тоже не обойтись. Мы должны иметь это в виду, и нужны соответствующие планы действий по этому направлению.

Далее. Тщательного анализа требует и практика, связанная с переходом на финансирование здравоохранения через систему ОМС, особенно в части финансирования капитального ремонта и строительства медицинских учреждений. Пока в тариф обязательного медстрахования включены только расходы на текущий ремонт. Затраты на капремонт и строительство там не предусмотрены.

ственно-частного партнёрства, создавать для бизнеса привлекательные условия. Возможные варианты сегодня также предлагаю обсудить. Но сразу хочу подчеркнуть: все потенциальные риски предпринимаемых здесь шагов должны быть детально просчитаны и учтены.

Ещё одна важная тема, которую я хотел бы сегодня затронуть, – это «погружение» отдельных видов высокотехнологичной медицины в систему ОМС. Сегодня все 12 центров высоких медтехнологий вошли, что называется, в рабочий ритм. Здесь сформированы хорошие, если не сказать отличные, команды специалистов, собирали их по всей стране, из-за границы возвращали. Только в прошлом году они провели свыше 50 тысяч высокотехнологичных операций. Всего же в целом по стране было сделано свыше 505 тысяч таких операций. Для сравнения: в 2005 году их было почти в 10 раз меньше. Каждый из центров высоких медицинских технологий обслуживает в среднем население 20–25 регионов, в некоторых случаях, например в Тюмени, обслуживает более 50 регионов.

Финансовое обеспечение высокотехнологичных медицинских операций из федерального бюджета выросло с 2006 года, как я уже сказал. Справочно могу сказать: в 2006 году это было 9,9 миллиарда рублей, а в 2013-м – 55,6 миллиарда рублей.

Вместе с тем, несмотря на достигнутые результаты, развитие медицины высоких технологий должно продолжаться. В течение ближайших трёх лет нам предстоит не менее чем в 1,5 раза увеличить объёмы высокотехнологичной медицинской помощи по сравнению с прошлым, 2013 годом. С учётом этого должны приниматься все решения по механизмам её дальнейшего финансирования. Это в полной мере касается и передачи федеральных клиник, оказывающих высокотехнологичную и специализированную медицинскую помощь, на уровень

субъектов Федерации. Такие вопросы у нас так или иначе возникают, постоянно обсуждаются.

Здесь хотел бы обратить ваше внимание на следующее: федеральные клиники обладают крепкой материально-технической базой, квалифицированными специалистами и научным потенциалом. Создавались они для того, чтобы предоставлять медицинскую помощь всем гражданам страны вне зависимости от места их расположения. Поэтому если и говорить о передаче федеральных медицинских организаций региону, то возможно об этом говорить только в том случае, если регион готов взять на себя расходы по содержанию этой клиники, обеспечить высокое качество работы такого центра, причём как для местных жителей, так и для граждан, приезжающих из других регионов Российской Федерации. Это мы чётко и ясно должны понимать. И губернаторы должны это понимать.

Многие ставят вопрос: отдайте нам. Хорошо, отдадим, но к вам будут приезжать из 25, из 30 или, как в случае с Тюменью, из 50 регионов Российской Федерации. Вы к этому готовы? Готовы обеспечить такой уровень финансирования и содержания этих клиник? И конечно, они точно не должны превратиться в рядовую больницу или поликлинику.

Конечно, и рядовые больницы или поликлиники должны на высоком, качественном уровне функционировать, это само собой разумеется. Высокоспециализированные клиники, клиники, призванные оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь, должны пользоваться особым вниманием. Туда вложены большие средства, привлечены хорошие специалисты, и этот уровень, безусловно, должен быть поддержан. Поэтому давайте внимательнее сегодня отнесёмся ко всем вопросам, которые предложены к обсуждению. Если есть какие-то другие темы, которые вы хотели обсудить, – пожалуйста. Мы обсудим любую, которую вы считаете необходимой для обсуждения на сегодняшней встрече.

Прошу Вас.

В.СКВОРЦОВА: Спасибо большое.

Уважаемый Владимир Владимирович! Уважаемые коллеги!

Основные направления и целевые показатели развития здравоохранения и здоровья россиян определены указами Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года. По результатам 11 месяцев 2013 года ожидаемая продолжительность жизни россиян увеличилась на

полгода, с 70,2 до 70,7 года. Причём наметилась тенденция к опережающему нарастанию продолжительности жизни у мужчин, она увеличилась на 1,1 года – до 65,6 года, у женщин на 0,4 – до 76,2 года. Мы надеемся, что по результатам всего 2013 года мы достигнем нашего целевого показателя – 70,8.

По результатам 11 месяцев установлено снижение смертности от всех основных причин по отношению к аналогичному периоду 2012 года. Младенческая смертность снизилась на 7 процентов и достигла целевого индикатора 8,2 на тысячу родившихся живыми детей. Смертность от сосудистых [заболеваний], как уже Владимир Владимирович отметил, снизилась на 4 процента. Достигнут, по сути, целевой показатель итогов 2014 года, но мы пересмотрим эти показатели.

В.ПУТИН: То есть здесь с опережением графика исполняется.

В.СКВОРЦОВА: С опережением. Почти на 10 процентов снизилась смертность от туберкулёза. И такая динамика тоже заставляет пересмотреть всю линейку, поскольку мы через несколько лет только должны были достичь этого показателя.

В течение года прослеживалась тенденция к снижению смертности от новообразований. Пока от целевого индикатора мы отстаём на полпроцента, надеемся, что по результатам года мы достигнем этого показателя тоже.

На 4,6 процента снизилась смертность от внешних причин, в том числе от дорожно-транспортных происшествий на 1,4 процента. Несмотря на это снижение, данный целевой показатель пока не достигнут: 14,2 – по сравнению с плановым 12,6 на 100 тысяч населения. При этом медицинская составляющая этого показателя существенно улучшилась. Хотела бы отметить, что в 90 процентах случаев скорая помощь на место происшествия приезжает до 20 минут. У нас одна из самых низких в мире летальностей, то есть частота смертей в профильных травмоцентрах, – 3 процента всего. И у нас снизилась до 18 процентов [смертность] в неспециализированных стационарах.

В этой связи я хотела бы подчеркнуть комплексность этого показателя. Анализ, который мы провели с другими ведомствами, свидетельствует о том, что смертность в ДТП прежде всего определяется количеством самих происшествий, количеством пострадавших и тяжестью соответствующих травм, поскольку 55 процентов смертей случается либо в момент самой аварии, либо непосредственно после неё. Мы продолжаем совместную работу с

В.И. СКВОРЦОВА: «Все 12 центров высоких медтехнологий вошли, что называется, в рабочий ритм. Только в прошлом году они провели свыше 50 тысяч высокотехнологичных операций. Всего же в целом по стране было сделано свыше 505 тысяч таких операций».

МВД, с Минтрансом, Министерством образования и науки, с субъектами Российской Федерации для решения этой комплексной проблемы.

Таким образом, всего за 11 месяцев 2013 года умерло на 19 тысяч человек меньше, чем за аналогичный период прошлого года. Это привело к тому, что, несмотря на уменьшение числа рождений на 919, у нас отмечен естественный прирост населения – и с начала года население страны увеличилось на 22 650 человек.

Минздрав проводил работу с каждым регионом по составлению региональной программы развития здравоохранения и дорожных карт и мониторировал все основные целевые показатели. Оценивались для каждого региона риски недостижения, пути преодоления этих рисков. Вместе с тем результаты 11 месяцев свидетельствуют о неравномерности снижения смертности. Снижение происходит во всех 83 регионах (от 1,2 процента до 15 процентов), и в 73 регионах уже выполнены по результатам 11 месяцев, соответственно, поставленные региональные целевые показатели, но в 10 пока нет, и имеются недостижения. С этими регионами мы просто точно работаем.

На основе запланированного Минздравом комплекса мер по совершенствованию кадровой политики всеми субъектами Российской Федерации разработаны и приняты региональные кадровые программы, которые предусматривают повышение квалификации кадров, устранение дефицита и дифференцированные меры социальной поддержки.

Впервые за последние десять лет у нас увеличилось количество среднего медицинского персонала на 6500 человек, причём преимущественно на скорой помощи прирост составил за 11 месяцев 13 процентов и в первичном звене – 3,7 процента. Численность врачей увеличилась на 4600 человек. При этом большинство врачей пришли работать в первичное звено, прирост – 2,4 процента. В этом большую роль сыграло увеличение доли целевой контрактной подготовки. В 2013 году мы достигли показателей: для студентов – 38,5 процента, для интернов и ординаторов – 50 процентов, но, кроме того, повышение её эффективности: в 2013 году 84 процента молодых специалистов вернулись на подготовленные для них рабочие места (в предыдущие годы этот показатель был ниже: 70–75 процентов). Кроме того, реализуемая по Вашему поручению программа «Земский доктор» позволила привлечь в первичное звено в сельскую местность более 11,5 тысяч молодых специалистов, молодых врачей, в 2013 году – около 4000 человек. И программа будет продолжена и в 2014 году.

Целевые показатели 2013 года по заработной плате врачей и среднего медицинского персонала были достигнуты уже по результатам первых девяти месяцев, и я не буду повторять, Вы озвучили эти показатели. Вместе с тем повышение средней заработной платы при сохранении её выраженной дифференциации обострило вопрос о необходимости совершенствования функциональных

обязанностей медицинских работников и системы нормирования их труда. Совместно с Министерством труда межведомственной рабочей группой Минздрава разработаны 27 отраслевых персональных стандартов. После того как они будут приняты, мы начнём поэтапный перевод работников медицинских организаций на эффективный контракт.

Как я докладывала на президиуме Госсовета 30 июля, до конца августа мы закончили формировать методику по расчётам нормативов труда медицинских работников. И за последующий период провели детальный хронометраж деятельности медицинских работников первичного звена: участковых терапевтов, педиатров, врача общей практики и работающих с ними медицинских сестёр. Это позволило пересмотреть нагрузки на одного специалиста, и выявлены реальные ресурсы для увеличения доли на непосредственную работу с пациентом, уменьшение времени на работу с документами и нормирование вспомогательной деятельности врачей.

В ближайшее время подготовленные нормативные документы выйдут и, соответственно, будут представлены на общественное обсуждение. Таким образом, реализация плана деятельности Министерства здравоохранения позволила приблизиться к достижению целевых показателей, обозначенных в указах. Из запланированных на 2013 год 55 ключевых мероприятий плана деятельности Министерства полностью выполнены 54, частично выполнено одно мероприятие, касающееся утверждения порядка формирования перечня лекарственных препаратов. В связи с необходимостью законодательного закрепления данного полномочия за Минздравом в 2013 году Министерство здравоохранения представило Федеральный закон № 317, который с 1 января 2014 года наделил Министерство здравоохранения соответствующими полномочиями. В связи с этим разработан проект порядка, уже прошёл общественное обсуждение и в ближайшее время будет внесён в соответствии с регламентом в Правительство.

Согласно Вашему поручению, с учётом результатов 2013 года мы актуализировали государственную программу развития здравоохранения и план деятельности министерства, и до 1 февраля также они будут представлены в Правительство Российской Федерации.

Совещание по вопросам развития здравоохранения

20 февраля 2014 г., Москва, Кремль



Владимир Путин провёл совещание по вопросам развития системы здравоохранения, в ходе которого обсуждалась реализация поручений Президента по повышению доступности и качества медицинской помощи.

В.ПУТИН: Уважаемые коллеги, добрый день!

Мы с вами не так давно собирались, обсуждали вопросы здравоохранения, наметили ориентиры определённые дальнейших действий. Давайте посмотрим сегодня, что за это время удалось сделать. Времени прошло немного, но всё-таки мы говорили о совершенно конкретных шагах, которые должны были быть предприняты за прошедший месяц.

На что хотел бы обратить внимание. Первое – это структурная модернизация. О значимости этих мер мы давно говорим, многократно, в течение не одного года. В декабре, напомню, в Послании Федеральному Собранию я тоже говорил об этом. Хотел бы напомнить, что эти меры ведут к сокращению издержек избыточных, нам не нужных, в системе здравоохранения и в конечном счёте – к повышению доступности и качества медицинских услуг для граждан Российской Федерации.

В январе было дано поручение – разработать план поэтапной, пошаговой реструктуризации объёмов помощи, установления чётких целевых показателей и так далее. И главное – тщательно необходимо продумать, как такой план будет реализовываться с учётом того, что значительный объём компетенций – если не сказать, вся компетенция – лежит на уровне регионов Российской Федерации. В этой связи Правительство, Министерство здравоохранения должны ставить перед субъектами Российской Федерации понятные и достижимые, что самое главное, цели. Очень важно, чтобы в регионах понимали, что нужно делать, как надо делать, что такое модернизация лечебных учреждений; должны уметь грамотно, доходчиво объяснять и сотрудникам этих медицинских учреждений, и, что самое главное, пациентам смысл каждого шага, каждого действия. И, разумеется, на каждом уровне люди должны нести ответственность за то, что они делают. Давайте сегодня детально об этом поговорим.

Далее. За последний месяц мы уже дважды поднимали вопрос о деятельности федеральных медицинских центров, организаций, которые оказывают высокотех-

нологическую медицинскую помощь, говорили о том, что её объёмы не только не должны сокращаться, а должны увеличиваться. Правительству нужно выработать чёткую, понятную модель управления сетью этих учреждений и провести структурную оптимизацию там, где это необходимо. Об этом мы месяц назад тоже говорили.

Повторю: крупные лечебно-научные центры, которые создавались десятилетиями, куда приезжают лечиться граждане со всей страны, должны остаться на федеральном уровне. Мы не можем потерять эту сеть, эти лечебные заведения, их уникальные возможности. Подчеркну,

если Министерство примет решение что-то передать на уровень регионов.

Сегодня также обсудим ещё одну тему, которая также касается высокотехнологичной медпомощи. Речь о медицинском обеспечении жителей закрытых административно-территориальных образований. Люди, проживающие там и зачастую работающие в особых условиях, требуют такого же особого и внимательного к ним отношения, в том числе и от органов, которые отвечают за их полноценное медицинское обслуживание. Я уже говорил об этом: в некоторых из этих закрытых территориальных

В.В. ПУТИН: «Крупные лечебно-научные центры должны остаться на федеральном уровне, мы не можем потерять эту сеть. Подчеркну, речь идёт о центрах, которые действительно можно назвать элитой нашего здравоохранения, где сконцентрированы все необходимые ресурсы – специалисты высочайшего класса, самое передовое оборудование и технологии».

речь идёт о центрах, которые действительно можно назвать элитой нашего здравоохранения, где сконцентрированы все необходимые ресурсы – в первую голову, конечно, специалисты высочайшего класса, самое передовое оборудование и технологии. И ещё раз хочу подчеркнуть: мы их обязаны сохранить.

Как говорили в прошлый раз, наверняка есть и такое, что возможна их передача на региональный уровень. Но всё это должно быть проанализировано, и должны быть приняты взвешенные решения с учётом специфики этих учреждений, объёма той помощи, которую они оказывают, и географии, что самое важное, и возможности ре-

образований далеко не всё складывается благополучно. Прошу представить предложения по решению этой проблемы.

Нам надо также ещё раз обсудить порядок финансирования федеральных медицинских учреждений, и мы с вами тоже об этом говорили. Давайте договоримся, что 5 марта на совещании с членами Правительства вернемся к этому ещё раз, но уже предметно и по тем вопросам, которые должны быть решены к этому сроку.

Сейчас предлагаю приступить к обсуждению.

Новые кадровые назначения

Московский городской фонд обязательного медицинского страхования



Зеленский Владимир Анатольевич. назначен на должность директора Московского городского фонда обязательного медицинского страхования на основании Распоряжения правительства Москвы от 31 марта 2014 г. № 143-РП.

Зеленский В.А. родился 21 сентября 1979 г. в г. Москве. Образование — высшее, кандидат экономических наук. В 2000 г. окончил Академию бюджета и казначейства Министерства финансов Российской Федерации. В 2003 г. окончил Российскую правовую академию Министерства юстиции Российской Федерации. В 2007 г. — Всероссийскую государственную налоговую академию Министерства финансов Российской Федерации.

В 1998 г. — специалист ОАО Банк МЕНАТЕП. С 1998 по 2000 гг. — бухгалтер, заместитель главного бухгалтера Академии менеджмента и рынка. С 2000 по 2007 гг. — главный казначей, заместитель начальника отдела, начальник отдела, заместитель директора департамента

Министерства финансов Российской Федерации. С 2007 по 2012 гг. — помощник министра, директор Департамента Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

С 2012 по 2014 гг. — директор Департамента бюджетной политики в отраслях социальной сферы и науки Министерства финансов Российской Федерации.

Награжден юбилейной медалью «200 лет Министерству финансов Российской Федерации». Имеет нагрудный знак «Отличник финансовой работы» Министерства финансов Российской Федерации. Имеет Благодарность Президента Российской Федерации, Благодарность Министра финансов Российской Федерации, медаль ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени, нагрудный знак «Отличник здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Имеет классный чин действительного государственного советника Российской Федерации 2 класса.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Рязанской области



Низов Андрей Алексеевич назначен на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Рязанской области на основании Распоряжения губернатора Рязанской области от 15 ноября 2013 г. № 503-рг

Низов А.А. родился 16 мая 1971 г. Образование высшее. В 1994 г. окончил Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова по специальности «Лечебное дело». Кандидат медицинских наук. В 2009 г. Окончил Московскую академию государственного и муниципального управления.

1994-2006 гг. — врач-интерн, клинический ординатор, аспирант, преподаватель-стажер, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова.

2006-2009 гг. — начальник управления здравоохранения Администрации г. Рязани.

2009-2013 гг. — главный врач Государственного бюджетного учреждения Рязанской области «Областная клиническая больница».

Ставропольский краевой фонд обязательного медицинского страхования

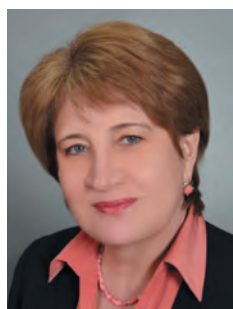


Трошин Сергей Петрович назначен на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ставропольского края на основании распоряжения Правительства Ставропольского края от 31.12.2013 г. № 428-рп.

Трошин С.П. родился 25 апреля 1968 г.

Образование высшее. В 1995 г. окончил Московскую государственную юридическую академию по специальности «Юриспруденция». Последнее место работы - Министерство финансов Ставропольского края в должности первого заместителя министра финансов Ставропольского края. Награжден медалью «За доблестный труд» III степени.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики



Литовченко Татьяна Васильевна назначена на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики на основании Распоряжения Правительства Кабардино-Балкарской Республики от 03.02.2014 № 33-рп.

Литовченко Т.В. 1954 г. рождения. В 1972 г. окончила Кабардино-Балкарскую счетоводно-бухгалтерскую школу, присвоена квалификация бухгалтер. В 1980 г. окончила Всесоюзный заочный институт пищевой промышленности России, присвоена квалификация «Экономист».

В 2011 г. окончила Институт фондового рынка и управления, присвоена квалификация «Специалист финансового рынка и депозитарной деятельности». Литовченко Т.В. заслуженный экономист Кабардино-Балкарской Республики. С 1973 по 1974 гг. – бухгалтер Нальчикского городского отдела здравоохранения. С 1974 по 1989 гг. работала специалистом, главным специалистом, начальником отдела Госплана КБАССР. С 1989 по 1992 гг. работала специалистом, главным специалистом Совета Министров КБАССР. С 1992 по 2003 гг. – начальник отдела Кабардино-Балкарского антимонопольного управления ФАС России. С 2003 по 2004 гг. – начальник отдела, исполняющая обязанности заместителя руководителя Региональной энергетической комиссии по Кабардино-Балкарской Республике. С 2004 по 2005 гг. – начальник отдела расчетно-кассового обслуживания юридических лиц Кабардино-Балкарского отделения № 8631 Сбербанка России. С 2005 по 2014 гг. – заместитель управляющего Кабардино-Балкарским отделением № 8631 ОАО «Сбербанк России».

С 1992 по 2003 гг. – начальник отдела Кабардино-Балкарского антимонопольного управления ФАС России. С 2003 по 2004 гг. – начальник отдела, исполняющая обязанности заместителя руководителя Региональной энергетической комиссии по Кабардино-Балкарской Республике. С 2004 по 2005 гг. – начальник отдела расчетно-кассового обслуживания юридических лиц Кабардино-Балкарского отделения № 8631 Сбербанка России. С 2005 по 2014 гг. – заместитель управляющего Кабардино-Балкарским отделением № 8631 ОАО «Сбербанк России».

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ярославской области



Погосов Эдуард Станиславович назначен на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ярославской области на основании Постановления Правительства Ярославской области от 17.02.2014 г. № 119-п.

Погосов Э.С. 1963 г. рождения. В 1984 г. окончил Ярославский государственный университет по специальности «Бухгалтерский учёт и анализ хозяйственной деятельности», квалификация «Экономист»; В 2005 г. – ГОУ ВПО Санкт-Петербургский университет МВД России, специальность «Юриспруденция», квалификация «Юрист». 1982-1984 гг. – сотрудник милиции УВД Яроблисполкома. 1986-1989 гг. – старший контролёр-ревизор финансового управления Яроблисполкома, КРУ МФ РСФСР по Ярославской области. 1989-1995 гг. – начальник бюро АО «Яринтерком». 1995-1997 гг. – заместитель генерального директора ТОО «Яринтерком-Автоцентр». 1997-2003 гг. – генеральный директор ООО «ЭМС-сервис». 2003-2005 гг. – генеральный директор ООО «ЭМС-сервис плюс». 2005-2006 гг. – консультант Федерального агентства по управлению федеральным имуществом по Ярославской области.

2006-2014 гг. – ведущий специалист, заместитель начальника экспертно-экономического отдела, начальник отдела закупок для государственных нужд Департамента здравоохранения и фармации Ярославской области.

20 лет системе обязательного медицинского страхования Российской Федерации

28–29 ноября 2013 г., Москва



Слева направо: заместитель министра здравоохранения Российской Федерации **А.З. Фаррахов**, председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования **Н.Н. Стадченко**, помощник министра здравоохранения Российской Федерации **В.О. Флек**, член Комитета Совета Федерации по социальной политике Федерального Собрания Российской Федерации **Л.П. Кононова**

При поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации, Комитета Совета Федерации по социальной политике Федерального собрания Российской Федерации состоялась Всероссийская конференция «Обязательное медицинское страхование, итоги и перспективы».

Всего в работе конференции приняло участие свыше 100 представителей Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, территориальных фондов обязательного медицинского страхования, руководителей страховых медицинских организаций, Межрегионального союза медицинских страховщиков.

В своем приветственном слове к участникам конференции Председатель Федерального фонда обязательного

медицинского страхования Наталья Николаевна Стадченко отметила, что в 2013 году Фонду исполнилось 20 лет, за которые было сделано очень многое: «Пройден некий жизненный путь, когда есть возможность подвести итоги, проанализировать собственную работу, сделать соответствующие выводы и понять, что необходимо предпринять для выполнения поставленных государством задач перед системой обязательного медицинского страхования с учетом максимальной эффективности использования ресурсов, направляемых в здравоохранение».

С приветствием к участникам конференции обратились: заместитель министра здравоохранения Российской Федерации А.З. Фаррахов, помощник министра здравоохранения Российской Федерации В.О. Флек, член Комитета



Совета Федерации по социальной политике Федерального Собрания Российской Федерации Л.П. Кононова.

Участников конференции тепло приветствовали первый председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования В.В. Гришин и председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2008-2012 годах А.В. Юрин.

В течение двух дней участники и высокие гости конференции обсуждали вопросы дальнейшего развития системы обязательного медицинского страхования, в том числе: порядка оплаты стационарно-медицинской помощи по клинко-статистическим группам, информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, в части обеспечения застрахованных лиц полисами ОМС.

В ходе конференции были подведены итоги реализации региональных программ модернизации здравоохранения в 2011-2013 годах, а также обсуждены особенности бюджетной политики Фонда на 2014 год.

В рамках форума состоялась церемония награждения лучших специалистов Федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования наградными знаками и благодарственными письмами Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации, Министерства здравоохранения Российской Федерации.



Подводя итоги, можно подчеркнуть, что события такого уровня и масштаба обогащают участников новыми знаниями, напоминают о традициях прошлого, демонстрируют существующие результаты и намечают тенденции развития системы на перспективу.

Работникам системы обязательного медицинского страхования объявлены благодарности Президента Российской Федерации и вручены государственные и ведомственные знаки отличия



За достигнутые трудовые успехи и многолетнюю добросовестную работу награждена Медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени

Кравчук Светлана Георгиевна – начальник управления Федерального фонда обязательного медицинского страхования



Присвоено почетное звание «Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации»

Чирятьевой Татьяне Викторовне – директору Территориального фонда обязательного медицинского страхования Тюменской области



Объявлена благодарность Президента Российской Федерации

Лысенко Елене Васильевне – заместителю начальника управления – начальнику отдела Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Савенковой Татьяне Владимировне – начальнику отдела управления Федерального фонда обязательного медицинского страхования





За многолетний добросовестный труд и заслуги в развитии и совершенствовании системы обязательного медицинского страхования награждены нагрудным знаком «Отличник здравоохранения»:

Адарова Александра Михайловна – заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Алтай

Азарова Наталья Николаевна – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Калужской области

Аксенова Елена Александровна – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Пензенской области

Алехина Галина Николаевна – советник Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Хакасия

Анцупов Владимир Николаевич – первый заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Курской области

Артемяева Галина Борисовна – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Рязанской области

Астанкин Сергей Васильевич – заместитель начальника управления – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Томской области

Балаткина Елена Анатольевна – главный бухгалтер Челябинского областного фонда обязательного медицинского страхования

Башмалух Геннадий Яковлевич – заместитель директора государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Оренбургской области»

Березина Ирина Геннадьевна – заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ивановской области

Борисова Галина Алексеевна – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Мордовия

Галиянов Юлай Зиннатуллович – первый заместитель директора государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан»

Галкина Гузель Минихановна – начальник отдела государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан»

Гармаева Марина Арсентьевна – консультант Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Бурятия

Гравов Андрей Михайлович – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Карелия

Демина Татьяна Владимировна – заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Курганской области

Денисьевский Алексей Евгеньевич – заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Сахалинской области

Дик Татьяна Анатольевна – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новосибирской области

Друшляк Ирина Александровна – первый заместитель директора Территориального фонда обязательного ме-

дицинского страхования Кемеровской области

Дунаевская Ирина Давыдовна – заместитель начальника отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Орловской области

Ефимова Ольга Михайловна – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Владимирской области

Забродина Людмила Вениаминовна – заместитель начальника отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Краснодарского края

Зубарева Ольга Ивановна – ведущий специалист Территориального фонда обязательного медицинского страхования Воронежской области

Иванова Галина Сергеевна – ведущий специалист (экономист) Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ульяновской области

Кабатова Ольга Михайловна – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Адыгея

Карачевцева Марина Аркадьевна – начальник управления государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга»

Кудрявцева Галина Анатольевна – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Белгородской области

Куликова Наталья Валерьевна – директор государственного некоммерческого финансово-кредитного учреждения «Кировский областной территориальный фонд обязательного медицинского страхования»

Куприянова Марина Николаевна – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Саха (Якутия)

Левицкая Надежда Алексеевна – начальник управления Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ростовской области



Лопатенков Геннадий Яковлевич – заместитель начальника управления – начальник отдела государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга»

Малярова Нина Владимировна – главный специалист (врач-эксперт) Территориального фонда обязательного медицинского страхования Нижегородской области филиала № 6 (г. Городец)

Меньшиков Алексей Михайлович – директор государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан»

Мищенкова Раиса Васильевна – главный консультант государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Приморского края»

Моисеенко Наталья Владимировна – первый заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ростовской области

Морозова Светлана Александровна – заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Брянской области

Мосович Ольга Сергеевна – начальник отдела Темрюкского межрайонного филиала Территориального фонда обязательного медицинского страхования Краснодарского края

Нестерова Татьяна Парфирьевна – главный специалист Территориального фонда обязательного медицинского страхования Томской области

Николаева Людмила Борисовна – заместитель главного бухгалтера Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новгородской области

Новоселова Ирина Константиновна – заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Пермского края

Ноздрин Виктор Майрбекович – заместитель начальника управления – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Астраханской области

Писарева Анна Георгиевна – заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Карачаево-Черкесской Республики

Пономарев Олег Анатольевич – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Архангельской области

Приходько Антонина Алексеевна – заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Костромской области

Ремжа Светлана Геннадьевна – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ульяновской области

Рыжкова Светлана Петровна – начальник департамента Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ленинградской области

Собкин Светлана Иосифовна – заместитель начальника отдела государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Приморского края»

Соловьева Наталья Сергеевна – начальник Управления формирования доходов по ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Труфанова Валентина Николаевна – заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Тамбовской области

Тюленёва Галина Юрьевна – заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области

Хлабутина Елена Ивановна – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Нижегородской области

Черепяхина Галина Юрьевна – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Краснодарского края

Черноношкина Ирина Петровна – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Тверской области

Шайхлисламова Рая Талгатовна – заместитель директора филиала государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан» в г. Набережные Челны



За многолетний добросовестный труд и заслуги в развитии и совершенствовании системы обязательного медицинского страхования награждены Почетными грамотами Министерства здравоохранения Российской Федерации:

Авдеева Наталья Александровна – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ростовской области

Александровская Татьяна Германовна – начальник управления Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края

Алексеева Матрена Ивановна – главный специалист Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Саха (Якутия)

Альбова Валентина Константиновна – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Псковской области

Амерханов Нурий Умарович – консультант (врач) Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Адыгея

Аминев Айрат Мусаварович – директор Центрального филиала государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан»

Андреев Дмитрий Владимирович – заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края

Ахмедов Махмуд-Апанди Гаджимагомедович – заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Дагестан

Ашамаев Абдурахман Алиевич – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Дагестан

Батаева Виктория Владимировна – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Саратовской области

Баудинова Захран Ширваниевна – заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики

Белова Надежда Владимировна – главный специалист государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан»

Бердюгина Наталья Сергеевна – ведущий специалист Хабаровского краевого фонда обязательного медицинского страхования

Благун Лариса Николаевна – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Хакасия

Буджалова Бэлла Тюрбьевна – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Калмыкия

ВайнбENDER Екатерина Андреевна – заместитель главного бухгалтера Территориального фонда обязательного медицинского страхования Владимирской области

Васильева Галина Евгеньевна – начальник управления Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новосибирской области

Васильева Надежда Петровна – заведующая сектором Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чувашской Республики

Воскресенская Татьяна Николаевна – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чувашской Республики

Габриелян Флора Рубеновна – главный специалист-эксперт Территориального фонда обязательного медицинского страхования Краснодарского края



Герасимова Ольга Валентиновна – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Архангельской области

Глебова Светлана Михайловна – главный специалист Территориального фонда обязательного медицинского страхования Владимирской области

Гордеев Эдуард Алексеевич – заместитель директора – начальник управления государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга»

Грачева Светлана Владимировна – заместитель главного бухгалтера Территориального фонда обязательного медицинского страхования Магаданской области

Григорьева Галина Ивановна – главный специалист-эксперт бухгалтера-ревизора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Липецкой области

Груничева Светлана Борисовна – ведущий специалист-эксперт Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Гуркаева Ирина Викторовна – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Магаданской области

Дейков Владимир Александрович – главный специалист Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области

Джашакуева Галина Анатольевна – заместитель директора – главный бухгалтер Территориального фонда обязательного медицинского страхования Карачаево-Черкесской Республики

Дорогина Галина Григорьевна – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Нижегородской области

Дударова Лема Ахметовна – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия



Дурнова Наталья Евгеньевна – ведущий специалист 3 разряда Управления кадровой политики Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Ермилова Наталья Владимировна – директор Хоперского филиала Государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области»

Железнякова Инна Александровна – заместитель начальника финансово-экономического управления Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Жучкова Ирина Валентиновна – начальник управления Территориального фонда обязательного медицинского страхования Пензенской области

Захарова Людмила Георгиевна – главный бухгалтер – начальник отдела Ставропольского краевого фонда обязательного медицинского страхования

Злоказова Светлана Петровна – ведущий специалист 3 разряда Управления организации ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Золин Виктор Евгеньевич – ведущий специалист (врач) Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ульяновской области

Зубарева Елена Владимировна – главный консультант Территориального фонда обязательного медицинского страхования Брянской области

Иванова Алла Васильевна – заместитель начальника отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ростовской области

Исаева Наталья Евгеньевна – заместитель начальника Управления делами Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Керефов Владимир Титович – первый заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики

Киреева Ирина Анатольевна – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Тамбовской области

Клочкова Юлия Дмитриевна – заместитель начальника управления – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Московской области

Ковалева Алла Анатольевна – главный бухгалтер Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа

Коваленко Оксана Николаевна – начальник Управления бухгалтерского учета и отчетности – главный бухгалтер Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Козаченко Сергей Витальевич – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края

Колодезникова Надежда Диевна – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Саха (Якутия)

Конаева Елена Николаевна – начальник отдела – главный бухгалтер Территориального фонда обязательного медицинского страхования Пензенской области

Корда Елена Валентиновна – начальник отдела Контрольно-ревизионного управления Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Корепанова Мария Петровна – ведущий специалист-эксперт Игринского межрайонного филиала Территориального фонда обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики

Коробкова Ирина Ивановна – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ростовской области

Корчемкина Наталья Аркадьевна – начальник управления государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга»

Косач Елена Руслановна – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Смоленской области

Котельникова Людмила Васильевна – заместитель начальника Управления информационно-аналитических технологий Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Кочергина Зоя Васильевна – главный специалист Территориального фонда обязательного медицинского страхования Воронежской области

Круглова Елена Григорьевна – начальник отдела Ставропольского краевого фонда обязательного медицинского страхования

Ксенафонтов Сергей Михайлович – директор Новосергиевского филиала государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Оренбургской области»

Кузнецова Валентина Викторовна – ведущий специалист Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Мордовия

Кукушкин Михаил Ромэнович – начальник отдела Новороссийского межрайонного филиала Территориального фонда обязательного медицинского страхования Краснодарского края

Лаева Вера Николаевна – заместитель начальника управления Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Бурятия

Леонова Наталья Ярославовна – заместитель начальника отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Смоленской области

Лопатина Эльвира Владимировна – начальник отдела Управления бухгалтерского учета и отчетности Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Ляшкова Надежда Евгеньевна – старший специалист 1 разряда Территориального фонда обязательного медицинского страхования Липецкой области

Мажодова Марина Борисовна – консультант Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Бурятия

Макарова Светлана Александровна – начальник отдела государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Оренбургской области»

Матвеева Наталья Алексеевна – заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кемеровской области

Мацкова Ольга Николаевна – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Пермского края

Машков Юрий Иванович – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Мордовия

Мерденов Хаджи-Мурат Юрьевич – заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Северная Осетия – Алания

Михайлова Светлана Ивановна – заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Калининградской области

Москалева Марина Александровна – заместитель начальника отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Краснодарского края

Мурзина Маргарита Иннокентьевна – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Забайкальского края

Мухамедзянова Гульфия Ядкаревна – главный специалист государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан»

Назарова Ольга Александровна – начальник отдела – заместитель главного бухгалтера Территориального фонда обязательного медицинского страхования Нижегородской области

Немкова Ольга Владимировна – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Краснодарского края

Николаева Татьяна Алексеевна – заместитель директора Ставропольского краевого фонда обязательного медицинского страхования

Новиков Александр Иванович – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Тульской области

Новиков Юрий Петрович – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Тверской области

Окунев Павел Юрьевич – начальник управления государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга»

Осипова Елена Николаевна – заместитель начальника отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Нижегородской области

Пачгин Игорь Вадимович – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кемеровской области

Пересыпкина Вера Семёновна – заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Белгородской области

Пестовская Галина Николаевна – ведущий специалист 3 разряда Управления правовой и международной деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Полушкина Нина Васильевна – директор Краснодарского филиала открытого акционерного общества «Страховая медицинская организация «Сибирь»

Пронина Нина Степановна – главный специалист Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области

Пугачева Нина Александровна – управляющий межрайонным Подпорожским филиалом Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ленинградской области

Пястун Марина Мечиславовна – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Псковской области

Ремизова Елена Владимировна – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Костромской области

Рожкова Ольга Григорьевна – консультант Территориального фонда обязательного медицинского страхования Московской области

Руднева Валентина Владимировна – главный специалист-эксперт Территориального фонда обязательного медицинского страхования Краснодарского края

Рукина Анна Николаевна – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Калмыкия

Сабинова Гузель Рафгатовна – главный специалист государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан»

Савенко Татьяна Петровна – советник Управления информационно-аналитических технологий Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Сазонова Татьяна Александровна – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Курской области

Салонен Оксана Леонидовна – заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Карелия

Севастьянова Галина Михайловна – заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Курганской области

Сербина Татьяна Анатольевна – консультант Территориального фонда обязательного медицинского страхования Псковской области

Середа Вера Вячеславовна – начальник отдела государственного некоммерческого кредитного учреждения «Кировский областной территориальный фонд обязательного медицинского страхования»

Скорнякова Татьяна Степановна – главный специалист Хабаровского краевого фонда обязательного медицинского страхования

Соколов Станислав Валерьевич – заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Самарской области

Солтагереев Хасан Гиранович – начальник управления Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики

Сорокин Сергей Александрович – заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новгородской области

Стадченко Наталья Николаевна – председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Стояновская Ольга Олеговна – начальник управления Территориального фонда обязательного медицинского страхования Краснодарского края

Стрельникова Ирина Давидовна – консультант Территориального фонда обязательного медицинского страхования Самарской области

Строгонова Ольга Борисовна – начальник отдела государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга»

Таппасханова Светлана Хаждаутовна – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики

Тарасова Галина Васильевна – начальник отдела Армавирского межрайонного филиала Территориального фонда обязательного медицинского страхования Краснодарского края

Терещенко Светлана Леонидовна – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Орловской области

Титова Мария Степановна – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Нижегородской области

Тулвинская Раиса Анасовна – главный специалист врач-эксперт Салаватского филиала государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан»

Тупикова Ирина Владимировна – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ивановской области

Тыщенко Раиса Ивановна – главный бухгалтер государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования граждан Иркутской области»

Умаева Зарима Магомедовна – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики

Устищенко Нина Ивановна – главный специалист Территориального фонда обязательного медицинского страхования Воронежской области

Устюгова Ирина Ильинична – главный специалист Хабаровского краевого фонда обязательного медицинского страхования

Феденко Оксана Евгеньевна – начальник отдела Государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области»

Фетисова Татьяна Алексеевна – начальник отдела государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан»

Филина Наталья Федоровна – начальник отдела государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Приморского края»

Фоменко Юлия Геннадьевна – заместитель главного бухгалтера Территориального фонда обязательного медицинского страхования Камчатского края

Фурзикова Леонора Евгеньевна – старший специалист 1 разряда Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл

Хорошева Вероника Викторовна – заместитель начальника управления – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Тюменской области

Циммерин Александр Борисович – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ивановской области

Чечурин Владимир Николаевич – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Тульской области

Шилова Светлана Сергеевна – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики

Широкова Галина Петровна – заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края

Широкова Татьяна Дмитриевна – главный специалист Территориального фонда обязательного медицинского страхования Владимирской области

Ягнюкова Елена Владимировна – заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новосибирской области

Яковлева Инна Адольфовна – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новгородской области

Якушин Владимир Валентинович – директор Находкинского филиала государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Приморского края»

Семинар «Вопросы управления государственными финансами в 2014 году в системе обязательного медицинского страхования»

10–12 декабря 2013 г., Москва



Главный редактор журнала «Бюджет» **В.Д. Дзгоев**, генеральный директор ООО «Бюджетный консалтинг: методологии и софт», **С.В. Гапонов**, председатель Федерального фонда ОМС **Н.Н. Стадченко**, начальник управления бухгалтерского учета и отчетности - главный бухгалтер Федерального фонда ОМС **О.Н. Коваленко**

В семинаре на тему «Вопросы управления государственными финансами в 2014 году в системе обязательного медицинского страхования» приняли участие главные бухгалтера и руководители финансовых служб территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

С приветственным словом на семинаре выступила председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Наталья Николаевна Стадченко.

В ходе семинара были освещены наиболее актуальные вопросы, касающиеся бухгалтерского учета и отчетности, применения бюджетной классификации, перехода на казначейское исполнение бюджета и перехода на контрактную систему в связи с вступлением (с 01.01.2014 г.) в силу закона от 5 апреля 2013 г. № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципаль-

ных нужд». Перед присутствующими выступили руководители профильных подразделений Министерства финансов Российской Федерации, Федерального казначейства, Федеральной антимонопольной службы.

Ряд руководителей бухгалтерских служб были награждены почетными грамотами Федерального фонда обязательного медицинского страхования:

Бутакова Валентина Витальевна – начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Тыва;

Захарова Людмила Георгиевна – главный бухгалтер – начальник отдела Ставропольского краевого фонда обязательного медицинского страхования;

Конаева Елена Николаевна – начальник отдела – главный бухгалтер Территориального фонда обязательного медицинского страхования Пензенской области;

Лепина Светлана Александровна – главный бухгалтер



– начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Владимирской области;

Маликова Татьяна Ивановна – заведующая отделом – главный бухгалтер Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Коми;

Пашнина Надежда Анатольевна – начальник Управления – главный бухгалтер Московского городского фонда обязательного медицинского страхования;

Петрикеева Надежда Дмитриевна – главный бухгалтер Территориального фонда обязательного медицинского страхования Московской области;

Полякова Татьяна Владимировна – заместитель директора – главный бухгалтер Территориального фонда обязательного медицинского страхования Магаданской области;

Рубан Ангелина Александровна – главный бухгалтер Территориального фонда обязательного медицинского страхования Краснодарского края;

Тыщенко Раиса Ивановна – главный бухгалтер государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования граждан Иркутской области».

IX Общероссийский медицинский Форум

20–24 января 2014 г., Москва



В президиуме Форума слева направо: президент Национальной медицинской палаты профессор **Л.М. Рошаль**, президент Общероссийского общественного движения «Медицина за качество жизни» профессор **Г.А. Новиков**, президент Общероссийской общественной организации «Общество врачей России» академик **Е.И. Чазов**, генеральный секретарь Общероссийской общественной организации «Общество врачей России» профессор **Э.Н. Праздников**, заместитель министра здравоохранения Российской Федерации **Т.В. Яковлева**

Организаторами Форума выступили: Общероссийская общественная организация «Общество врачей России» (президент – академик РАН Чазов Е.И.), Общероссийское общественное движение «Медицина за качество жизни» (президент – профессор Новиков Г.А.), Российское общество хирургов (президент – академик РАН Затевахин И.И.), Российское научно-медицинское общество терапевтов (президент – академик РАН Мартынов А.И.), Стоматологическая ассоциация России (президент – профессор Садовский В.В.), Российское общество эндоскопических хирургов (президент – профессор Емельянов С.И.), Научное общество гастроэнтерологов (президент – профессор Лазебник Л.Б.), Российская ассоциация паллиативной медицины, Межрегиональный союз медицинских страховщиков (президент – Кузнецов Д.Ю.), Ассоциация частных клиник Москвы и Центрального федерального округа (президент Грот А.В.).

Участникам и гостям Форума направили приветствия Председатель Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации С.Е. Нарышкин и председатель Комитета по социальной политике Совета Федерации Российской Федерации В.В. Рязанский.

Форум прошёл под председательством президента Общества врачей России академика Е.И. Чазова. В работе Форума приняли участие практикующие врачи, известные учёные

– врачи (академики РАН – Герасименко С.Ф., Затевахин И.И., Колесников С.И., Колесников Л.Л., Кубышкин В.А., Леонтьев В.К., Мартынов А.И., Мошетьева Л.К., Насонов Е.Л., Сторожаков Г.И., Суслина З.А., Хабриев Р.У., Чазов Е.И., Юшук Н.Д. и др.), экономисты (профессор Шишкин С.В., профессор Кадыров Ф.Н. и др.), правоведы (член-корреспондент РАМН профессор Сергеев Ю.Д., профессора – Бойко Ю.П., Галь Ю.Г., Ромодановский П.О. и др.), представители законодательной и исполнительной власти Российской Федерации – председатель Комитета по социальной политике Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации Рязанский В.В., первый заместитель председателя Комитета по охране здоровья Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации Герасименко Н.Ф., заместитель министра здравоохранения Российской Федерации Яковлева Т.В., начальник управления организации ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования Кравчук С.Г., президент Национальной медицинской палаты профессор Рошаль Л.М., представители органов законодательной и исполнительной власти субъектов Российской Федерации, руководители и организаторы здравоохранения, представители крупнейших общероссийских и региональных профессиональных врачебных сообществ, страховых и пациентских организаций.

С приветственным словом к участникам форума обратился президент Общества врачей России, академик Е.И. Чазов

Уважаемые участники и гости IX Общероссийского медицинского Форума!

Благодарю вас за то, что вы нашли возможность приехать и принять участие в работе нашего Общероссийского медицинского Форума, который, по моему убеждению, весьма значим для российского врачебного сообщества. Ведь на обсуждение вынесены вопросы, которые сегодня волнуют практически каждого из почти 800-тысячной армии российских врачей: финансирование здравоохранения по новой одноканальной схеме, модель медицинского страхования, кадровый «голод», законодательное обеспечение отрасли, правовая и социальная защита врача. Искренне убежден, что решение этих вопросов не возможно без широкого обсуждения во врачебном сообществе, представители которого сегодня и собрались на своём Форуме.



Общероссийский медицинский Форум впервые за последние годы проходит в новом формате. На первом этапе вынесенные в повестку дня вопросы будут обсуждаться в формате круглых столов, которые будут проводиться максимально открыто, в формате острых дискуссий. По завершении круглых столов состоится пленарное заседание, на котором мы с вами подведем итоги круглых столов, где пройдут завершающие обсуждения и будут приняты окончательные резолюции по всем рассматривавшимся вопросам повестки дня.

Форум пройдет под моим председательством. В круглых столах и пленарном заседании примут участие известные врачи, учёные (академики РАМН – А.И. Мартынов, Г.И. Сторожаков, И.И. Затевахин, Л.К. Мошетова, Н.Д. Ющук, Л.Л. Колесников, Е.Л. Насонов, З.А. Суслина, В.И. Стародубов, В.К. Леонтьев, Р.У. Хабриев, С.И. Колесников, Н.Ф. Герасименко и др.), представители органов законодательной и исполнительной власти, руководители и организаторы здравоохранения, представители крупнейших общероссийских и региональных профессиональных врачебных сообществ, страховых и пациентских организаций.

Резолюции Форума мною, как президентом Общероссийской общественной организации «Общество врачей России», будут переданы министру здравоохранения Российской Федерации, а также в профильные комитеты Государственной Думы и Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации. Общество врачей России

возьмет на себя контроль за ходом рассмотрения наших предложений указанными органами государственной власти.

К проведению Форума нас подтолкнули произошедшие и предстоящие изменения в российском здравоохранении. Прошедший год оказался весьма не простым для врачебного и медицинского сообществ. Год перемен в системе организации и финансировании российского здравоохранения – перемен, которые коснулись практически каждого российского врача, продолжавшего вопреки всему исполнять свой врачебный долг, оказывать медицинскую помощь страждущим пациентам, внедрять новые методы диагностики и лечения, совершенствовать свои знания и умения. Наступивший 2014 год обещает стать временем кардинальных перемен в системе отечественного здравоохранения – будет введена система одноканального финансирования, будут осуществлены организационно-структурные изменения, будет внедрена система непрерывного медицинского образования и аккредитация врачей, будут введены в действие новые порядки, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации. Цель – повысить эффективность системы общественного здравоохранения, качество и доступность оказываемой гражданам медицинской помощи. В этих условиях возрастает роль и ответственность врачей и профессиональных врачебных сообществ, которым будет отведено значимое место в управлении здравоохранением.

Хочу выразить искреннюю признательность и благодарность всем врачам России за самоотверженный труд и внушительные успехи в исполнении своего профессионального долга!

Дорогие друзья – коллеги! Наступил новый 2014 год. Мы – врачи, как и все люди, ждем его с нетерпением, в ожиданиях и надежде на лучшее – в нашей личной жизни, в наших семьях и, конечно же, в деле, которому отдали свою жизнь! Мы продолжаем верить в лучшее и надеяться, что наступивший год принесет здоровье, счастье и благополучие – в наши семьи, удачу, новые достижения и успех – в нашу профессиональную деятельность. Наша профессия достойна уважения, ведь она несет здоровье и жизнь людям! Поэтому всем нам – врачам – людям достойной профессии, я хочу пожелать в наступившем новом 2014 году достойной жизни! Желаю нам и нашим близким крепкого здоровья, счастья и удачи, уюта и тепла! Пусть наступивший год станет годом новых достижений в нашей врачебной деятельности, годом профессионального роста и свершений! Желаю всем вам доброго сердца, холодного ума и врачебной удачи!

А участникам Форума желаю успешной работы, острых дискуссий и плодотворных результатов!

Искренне ваш,
президент Общества врачей России,
академик

Е.И. Чазов

В рамках работы форума состоялись круглые столы, в работе которых приняли участие законодатели, представители общественных организаций, образовательных, научных и лечебно-профилактических учреждений, страховых организаций.

Круглый стол «Кадровый потенциал здравоохранения: проблемы и пути решения»

В выступлениях участников круглого стола было отмечено, что отдельные меры по решению проблемы дефицита кадров в здравоохранении предпринимаются с 2006 года – в рамках национального приоритетного проекта «Здоровье», программ модернизации регионального здравоохранения, программы «Сельский доктор», по которой молодые врачи, едушие работать на село, получают один миллион рублей подъемных. Создан федеральный регистр медиков, в который будут внесены данные не только всех работающих врачей, но и студентов-старшекурсников, что позволит формировать кадровый резерв. Однако общий дефицит врачей сохраняется. Он характеризуется выраженной диспропорцией обеспеченности врачебными кадрами в разрезе отдельных медицинских специальностей и регионов. Весьма высок показатель дефицита среднего медицинского персонала. Этот дефицит сочетается с нарастающим дефицитом преподавателей медицинских вузов и средних специальных учебных заведений, диспропорционально низкими показателями их заработной платы.

Для решения этих проблем необходима модернизация всей системы подготовки кадров, начиная с учебных программ и преподавательских кадров и заканчивая созданием симуляционных и тренинговых центров, электронного рабочего места врача, выработкой профессиональных стандартов по всем медицинским специальностям. Важнейшим условием такой модернизации должно быть развитие университетских клиник, в которых можно интегрировать подготовку специалистов, шире использовать зарубежный опыт, транслировать в образование последние достижения медицинской науки. Для эффективной работы профессорско-преподавательского состава клинических кафедр медицинских вузов принципиально важным служит возможность его участия в лечебно-диагностическом процессе, в том числе – и в медицинских организациях, являющихся клиническими базами образовательных учреждений, повышением уровня их заработной платы.

Большое значение имеет совершенствование целевой подготовки врачей – в том числе для сельской местности. Среди мер по решению проблем нехватки кадров было обращено внимание на важность материального и морального стимулирования медицинских работников – повышения заработной платы, перевода работников на эффективный контракт, региональные программы по ликвидации дефицита кадров.

По результатам обсуждения участниками круглого стола было предложено следующее:

- Обязательным условием подготовки профессиональных медицинских кадров считать сохранение медицинских вузов в системе Минздрава России. С целью обеспечения единых подходов к подготовке медицинских и фармацевтических работников, повышения уровня их практических компетенций, усиления взаимосвязи учебных заведений с органами здравоохранения обратиться в Правительство Российской Федерации с предложением рассмотреть вопрос о переподчинении медицинских факультетов иной ведомственной принадлежности профильному ведомству – Министерству здравоохранения Российской Федерации.

- Прекратить практику открытия медицинских факультетов в непрофильных образовательных организациях, не располагающих необходимым кадровым потенциалом и материально-технической базой для качественной подготовки медицинских кадров.

- Предусмотреть нормативное и/или законодательное усиление ответственности образовательных организаций за качество подготовки выпускников и их готовность к практической деятельности.

- В рамках задачи повышения качества подготовки медицинских кадров и ликвидации кадрового дефицита в здравоохранении предлагается внедрить систему координации и взаимодействия «образовательная организация – федеральный и территориальный органы управления здравоохранением – медицинская организация – лечебно-профилактическое учреждение». Необходимо разработать нормативно-правовую базу, четко регламентирующую взаимодействие образовательных организаций, осуществляющих подготовку специалистов для здравоохранения, и территориальных органов управления здравоохранением, нацеленное на решение кадровой проблемы в разрезе отдельных медицинских специальностей и отдельных регионов как в части восполнения численности медицинских работников, так и в части уровня и специфики их подготовки с учетом структуры и уровня региональной заболеваемости.

- Правительством Российской Федерации нормативно и/или законодательно должна быть усилена ответственность руководителя любого уровня за состояние кадрового обеспечения здравоохранения.

- Одним из решений проблемы кадрового обеспечения медицинских организаций является увеличение доли целевой подготовки медицинских работников. Необходимо предусмотреть значимое увеличение контрольных цифр приёма в высшие и средние специальные учебные заведения, осуществляющие подготовку медицинских кадров, находящиеся в подчинении Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства образования и науки Российской Федерации и субъектов Российской Федерации.

- Недостаточный уровень квалификации медицинских работников – системная проблема. Для каче-



Слева направо: академик РАН и РАМН, Герой социалистического труда, Президент Общероссийской общественной организации «Общество врачей России» **Е.И. Чазов**, генеральный секретарь Общероссийской общественной организации «Общество врачей России», начальник Учебного управления ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, профессор **Э.Н. Праздников**

ственной подготовки медицинских и фармацевтических кадров для системы здравоохранения необходимо усиление работы на этапе профессиональной ориентации и профессионального отбора школьников, обеспечение практической направленности подготовки медицинских работников, повышение уровня квалификации профессорско-преподавательского состава медицинских образовательных организаций, формирование системы отбора и подготовки управленческих кадров.

■ Минздраву Российской Федерации нормативно и/или законодательно определить взаимоотношения медицинских образовательных организаций с клиническими лечебно-профилактическими учреждениями, на базе которых осуществляется подготовка медицинских кадров. Чётко определить статус профессорско-преподавательского состава клинических кафедр образовательных организаций на клинических базах, предусмотрев обязательное участие профессорско-преподавательского состава клинических кафедр в лечебно-диагностическом процессе, условия их работы, а также оплату труда за выполнение лечебно-консультативной деятельности. Разработать и утвердить (постановлением Правительства Российской Федерации и/или приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации) «Типовое положение о клинической больнице», определяющее статус кафедр и кафедральных сотрудников, меры мотиваций медицинской организации – введение повышающего коэффициента оплаты медицинских услуг по системе ОМС для медицинских организаций, являющихся клиническими базами кафедр.

■ Разработать меры по устранению сложившейся в настоящее время диспропорции в оплате труда кафедральных сотрудников и сотрудников клинических

лечебно-профилактических учреждений, характеризующейся значительно более низкими показателями средней заработной платы профессорско-преподавательского состава, уже в большинстве медицинских вузов России вызвавшая отток педагогических кадров (прежде всего ассистентов и доцентов) и необходимость вынужденного привлечения внешних совместителей. Предусмотреть возможность обеспечения необходимого повышения оплаты труда профессорско-преподавательского состава образовательных учреждений без механистического уменьшения их штатной численности, неизбежно способствующего ухудшению качества подготовки.

■ Разработать меры по модернизации системы отбора и подготовки управленческих кадров в здравоохранении. Минздравом России совместно с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации должны быть разработаны критерии отбора кандидатов (в том числе образовательные) для назначения на руководящие должности различного уровня в сфере управления здравоохранением.

■ Разработать меры по повышению престижа и привлекательности медицинской профессии, активнее создавать положительный образ медицинского работника в средствах массовой информации.

■ Для закрепления медицинских кадров, особенно в медицинских организациях первичного звена и расположенных в сельской местности, необходимо предусмотреть адресные меры по социальной поддержке медицинских работников в регионах, в равной степени как для врачей, так и для средних и младших медицинских работников.

■ На федеральном и региональном уровнях предусмотреть введение повышающих коэффициентов при оплате труда медицинским работникам в регионах с дефицитом медицинских кадров, исходя из реальной потребности в медицинских работниках в конкретном регионе (местности).

■ Правительству Российской Федерации разработать комплекс мероприятий, направленных на создание дополнительных льгот для выпускников медицинских вузов – молодых специалистов, трудоустроившихся на работу в регионы с кадровым дефицитом, предусматривающих дополнительные материальные и моральные стимулы.

■ Организовать широкое общественное обсуждение вопроса передаче представителям общественных организаций вопросов подготовки и аттестации профессиональных медицинских кадров, допуска врача к медицинской деятельности.

■ Профессиональным врачебным сообществам совместно с органом государственной власти разработать предложения по широкой адресной интеграции медицинских работников в социальную среду и общество.

■ Предлагаем Минздраву Российской Федерации разработать программу взаимодействия и сотрудничества со средствами массовой информации по формиро-

ванию в обществе положительного образа медицинского работника.

■ Провести широкое общественное обсуждение в профессиональных медицинских (врачебных) сообществах концепции непрерывного медицинского образования, разработанной и успешной внедренной Российским обществом хирургов. Рекомендовать Минздраву России разработанную концепцию в качестве базовой модели для всех врачебных специальностей.

Круглый стол «Законодательное обеспечение здравоохранения и правовая защита врача»

В выступлениях участников круглого стола было отмечено, что в последние годы проведена значительная работа по совершенствованию законодательной базы российской здравоохранения, в которой наряду с Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и законодателями активное участие принимали представители профессиональных общественных сообществ различных категорий медицинских работников.

Основными направлениями правового регулирования в области охраны здоровья в последние годы были законы: надзорные, гарантирующие безопасные условия жизни человека; обеспечивающие профилактику заболеваний и здоровый образ жизни; законы, защищающие права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь; определяющие права и ответственность медицинских работников; регламентирующие организацию и деятельность национальной системы здравоохранения; регулирующие финансирование здравоохранения; законы по отдельным заболеваниям и разделам медицины.

Участники круглого стола отметили низкий уровень правовой грамотности и правовой информированности врачей и всех категорий медицинских работников, что во многом создает условия для правовой уязвимости (незащищенности) медицинских работников и в первую очередь врачей. Причинами этого, по мнению участников круглого стола, являются пробелы в образовательных программах среднего и высшего, а также дополнительного профессионального медицинского образования, в которых недостаточно представлено медицинское право как учебная дисциплина, а также отсутствие в перечне обязательных для медицинских работников компетенций компетенции знания основ медицинского права, законодательных основ профессиональной медицинской деятельности. Одной из причин правовой незащищенности врача является отсутствие служб правовой защиты врача в профессиональных медицинских сообществах и Ассоциациях, системы страхования рисков профессиональной ответственности врача и других категорий медицинских работников.

По результатам обсуждения участниками круглого стола было предложено следующее:



Слева направо - академик РАМН, президент Российского научно-медицинского общества терапевтов **А.И. Мартынов**, директор НИИ урологии Минздрава России профессор **О.И. Аполихин**, академик РАМН, первый заместитель председателя Комитета по охране здоровья Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации **Н.Ф. Герасименко**

■ Закрепить в законодательных и нормативных документах в качестве обязательных компетенций врача владение основами медицинского законодательства и права, знание основных положений законодательного обеспечения системы российского здравоохранения и деятельности врача.

■ Ввести в учебные планы подготовки всех студентов медицинских вузов и факультетов (осуществляющих подготовку врачей) в качестве обязательной дисциплины «медицинское законодательство и право», предусмотрев изучение основ российского законодательства в области охраны здоровья населения, профессиональной деятельности врача, прав пациентов на соответствующих кафедрах медицинского права.

■ Предусмотреть включение в качестве обязательных в программах дополнительного профессионального образования врачей в качестве обязательной дисциплины «медицинское законодательство и право», предусмотрев изучение основ российского законодательства в области охраны здоровья населения, профессиональной деятельности врача, прав пациентов.

■ Включить в качестве одной из основных задач высшего и дополнительного профессионального медицинского образования - знание основ российского законодательства в области охраны здоровья населения и медицинского права, профессиональной деятельности врача.

■ Ввести в номенклатуру научных специальностей ВАК Российской Федерации «Медицинское законодательство и право» и создать соответствующий специализированный диссертационный совет.

■ Способствовать информированности врачей основам теории и практики медицинского законодательства и права, содействовать распространению профильных на-

учно-практических журналов (в частности федерального научно-практического журнала «Медицинское право» и иных подобных журналов) во всех медицинских учреждениях, в т.ч. частной формы собственности.

■ Президиуму Общероссийской общественной организации «Общество врачей России» и входящим в его состав профессиональным врачебным сообществам рассмотреть вопрос о создании национального сайта правовой информации и правового обеспечения профессиональной деятельности врача, содержащего регулярно обновляемую информационную базу законодательного обеспечения здравоохранения и профессиональной деятельности врача, возможность офф- и он-лайн правового консультирования врачей.

■ Законодательно закрепить возможность оказания первичной медицинской помощи сельскому населению в стационарных условиях – изменить формулировку статьи 33 ФЗ-323.

■ Законодательно закрепить возможность льготного поступления в медицинские вузы России добровольцев, работающих в лечебных учреждениях страны не менее 2 лет.

■ Законодательно и/или нормативно определить статус национальных клинических рекомендаций – правовой статус, порядок разработки, обновления, сроки действия и обновлений, порядок экспертного обсуждения и утверждения, ответственность разработчиков.

■ По итогам внедрения одноканального финансирования в 2014 г. разработать изменения и корректировки в законодательные акты и другие нормативно-правовые акты, регламентирующие финансирование здравоохранения в рамках ОМС.

■ Закрепить в компетенции общественных профессиональных объединений правовую защиту врача.

■ В нормативно-правовых актах предусмотреть конкретные меры по повышению декларированной в ФЗ-323 ответственности граждан за своё здоровье, в том числе в части законодательства, регулирующего ОМС и лекарственного обеспечения.

■ Устранить двойственные, противоречащие друг другу формулировки медицинского работника, данные в ст. 2 и ст. 100 ФЗ-323.

■ Доработать ст. 72 ФЗ-323, определяющей в настоящее время права медицинских работников как работников – субъектов трудовых отношений и не учитывающих профессиональную специфику деятельности медицинских работников.

■ Ликвидировать противоречия в действующему законодательстве – внести изменения в ст. 329 ФЗ «Об организации страхового дела», не содержащих норм обязательного страхования профессиональной ответственности медицинских работников, определенных ст. 79 ФЗ-323.

■ Рассмотреть вопрос об изменении на «казенное учреждение» организационно-правового статуса участковых больниц и врачебных амбулаторий в сельской местности с целью упрощения их финансирования и по-

вышения ответственности.

■ Разработать законодательные инициативы о поэтапном (в качестве пилотного проекта) изменении правового статуса врача как субъекта права для отдельных категорий врачей – стоматологов, а также врачей частной медицинской практики.

■ Разработать законодательные предложения о лицензировании медицинской деятельности профессиональными общественными объединениями (ассоциациями).

■ Предусмотреть обязательность регулярного обсуждения новых и/или действующих национальных клинических рекомендаций на съездах/конференциях национальных профессиональных общественных объединений (ассоциаций) врачей соответствующих специальностей, а также ответственность за содержание национальных клинических рекомендаций национальных профессиональных общественных объединений (ассоциаций) врачей соответствующих специальностей.

■ Внести предложения по изменению законодательства о рекламе в части ограничений на рекламу медицинской деятельности.

■ Разработать предложения по изменениям порядков оказания выездной медицинской помощи населению.

Круглый стол «О функционировании системы здравоохранения Российской Федерации в новых условиях одноканального финансирования. О совершенствовании системы медицинского страхования в Российской Федерации»

В выступлениях участников круглого стола было отмечено, что императивами государственной политики в сфере здравоохранения в настоящее время являются:

1) Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 (целевые показатели улучшения состояния здоровья населения к 2018 г., в т.ч. увеличение ожидаемой продолжительности жизни в Российской Федерации до 74 лет (2012 – 70 лет);

2) Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 (переход к эффективному контракту – повышение уровня оплаты труда врачей к 2018 г. до 200% от средней заработной платы в соответствующем регионе, а среднего и младшего медицинского персонала – до 100%, в увязке с достижением конкретных показателей качества и количества оказываемых услуг);

3) поручения Президента РФ по итогам заседания Президиума Госсовета 30 июля 2013 г. (повышение доступности и качества бесплатной медицинской помощи).



Модераторы круглого стола: начальник Управления организации ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования **С.Г. Кравчук**, президент Межрегионального союза медицинских страховщиков **Д.Ю. Кузнецов**

Участники круглого стола отметили, что нынешняя бюджетная политика государства предполагает сокращение финансирования здравоохранения из федерального бюджета в 1,36 раза в 2016 г. по сравнению с 2012 г. (с 555 млрд. руб. до 408 млрд. руб.), что общие планируемые размеры государственного финансирования здравоохранения в 2014-2016 гг. в реальном выражении практически неизменны по сравнению с 2012 г. (рост в 2016 г. на 4%). Мало реалистичными, по мнению ряда участников круглого стола, являются допущения о росте в 2014-2016 гг. взносов на ОМС работающего населения в 1,47 раза (последний прогноз МЭР – рост ФЗП в 1,28 раз расходов бюджетов субъектов Российской Федерации на здравоохранение, включая взносы на ОМС неработающего населения, – в 1,57 раза (на 24% в реальном выражении)). В связи с чем следует ожидать сокращения государственного финансирования здравоохранения в реальном выражении. По мнению ряда участников круглого стола, без роста государственного финансирования является маловероятной реализуемость поставленных Президентом России ряда задач: 1) рост ожидаемой продолжительности жизни (за 6 лет с 2013 по 2018 г. должна увеличиться на 4 года (с 70 до 74 лет), так как для этого необходимы инвестиции в модернизацию первичной медико-санитарной помощи, повышение доступности лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении, рост расходов на помощь при онкологических заболеваниях (химиотерапия), инвестиции в реабилитационную помощь; 2) переход к эффективному контракту; 3) повышение доступности и качества медицинской помощи (так как это требует финансового обеспечения бесплатного оказания медицинской помощи в соответствии со стандартами, утвержденными Минздравом, ликвидации дефицита врачей среднего и младшего медицинского персонала).

Констатировано, что государственные расходы на здравоохранение в период 2009-2013 гг. увеличились на 20% в реальном выражении, а удовлетворенность населе-

ния стационарной помощью не увеличилась. По мнению ряда участников круглого стола, необходимы: 1) рост государственного финансирования здравоохранения не менее чем на 1% ВВП к 2020 г.; 2) приоритет – улучшению образования и повышению квалификации; 3) повышение эффективности здравоохранения за счет прорыва в развитии конкуренции в оказании медицинских услуг и в развитии государственно-частного партнерства; 4) развитие новых механизмов софинансирования здравоохранения государством, населением, работодателями в виде внедрения механизмов сочетания обязательного и дополнительного медицинского страхования или введение соплатежей за получаемые медицинские услуги со стороны ряда категорий финансово-обеспеченных работающих граждан.

При рассмотрении системы одноканального финансирования экспертами отмечены очевидные его преимущества (упорядочивание финансовых потоков, прозрачность финансовых взаимоотношений, стимуляция конкуренции между лечебными учреждениями, стимуля-



Слева направо: заместитель министра здравоохранения Российской Федерации **Т.В. Яковлева**; вице-президент Общества врачей России **О.О. Янушевич**; директор Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации **И.Г. Никитин**

ция профилактического направления, рационализация расходов бюджета бюджетных средств) и недостатки (неравные стартовые условия для различных клиник; отсутствие профилактических тарифов в системе ОМС; зависимость финансирования медучреждения от фиксированного планового объема оказания медицинской помощи).

В выступлении вице-президента Общества врачей России О.О. Янушевича было отмечено, что идеология системы одноканального финансирования отражает направленность на конкретного пациента. Однако в развитых странах одноканальное финансирование дополняется другими источниками средств. Ведущие научно-практические центры и университетские клиники обязательно имеют дополнительные источники финансирования: грантовую поддержку на образование, науку,

на развитие. Эти центры ориентированы на самые сложные случаи, лечение тяжёлых больных, а также проведение фундаментальных научных исследований. В сложившихся условиях необходимо предусмотреть возможность дополнительного финансирования университетских клиник и федеральных центров, в том числе за счёт целевой и грантовой поддержки.

Необходимо также отметить, что в рамках системы одноканального финансирования происходит ослабление государственного медицинского сектора. При этом частные клиники по объективным причинам не могут восполнить функции научно-исследовательских, образовательных и других федеральных медицинских центров.

Главная проблема существующей системы здравоохранения: доминирование третичной профилактики (76%) – лечение на поздних стадиях («система лечения заболевшего человека») и низкая клинично-экономическая эффективность данной системы. Предложен выход из ситуации – создание профилактической модели оказания медицинской помощи на основе стандартов и индикаторов качества лечения под научным и организационно-методическим руководством федеральных головных центров: от системы лечения заболевшего человека к системе предупреждения заболевания. В качестве индикаторов предложены следующие: 1) выявление групп риска – охват населения скрининговой программой, доля лиц в группе риска от общего числа опрошенного населения, соблюдение плана диспансерного наблюдения (объема и сроков обследования) группы риска; 2) ранняя диагностика заболевания – частота выявления заболевания на ранней стадии; частота выполнения рекомендованных методов обследования, лечение заболевания на ранних стадиях; 3) частота госпитализаций по неотложной помощи (в связи с осложнениями заболевания) – оперативная активность учреждения, объем операций, средний койко-день, частота осложнений оперативного лечения, частота направлений в федеральные центры для коррекции осложнений. По мнению участников круглого

стола, предложенный проект организации медицинской помощи является универсальным по своей сути, так как он основан на принципах профилактики с позиций доказательной медицины и, следовательно, применим в любой области медицины. А система индикаторов является эффективной системой контроля и управления отраслью, что может быть успешно использовано в условиях одноканального финансирования здравоохранения. По мнению отдельных участников круглого стола весома роль головных учреждений в системе одноканального финансирования (ОМС): 1) участие в формировании тарифов ОМС; 2) разработка, исследование и внедрение новых методов лечения и диагностики для дальнейшего их тиражирования в системе ОМС; 3) разработка, апробация и внедрение новых профилактических, экономически обоснованных программ; 4) контроль качества медицинской помощи, формирование предложений для ОМС по введению критериев контроля качества. Выражена озабоченность судьбой федеральных головных учреждений. По мнению участников круглого стола должна быть защищенная статья федерального бюджета.

По мнению представителей страхового сообщества, в числе главных проблем отрасли здравоохранения: недофинансирование отрасли; экономически неоправданно низкие тарифы, произвольная корректировка их под бюджетные возможности регионов; отсутствие унификации и стандартизации системы ОМС по регионам; низкое вовлечение представителей врачебного и страхового сообщества в процессы формирования тарифов, планирования объемов медицинской помощи; значительные объемы неофициальных платежей, дискредитирующие систему ОМС и имидж системы здравоохранения в целом; «потребительское» отношение граждан к системе ОМС, отсутствие мотивации на заботу о своем здоровье.

Основные предложения страхового сообщества

- Сделать тариф на медицинские услуги в системе ОМС экономически обоснованным. Программа государственных гарантий (ОМС) должна быть сбалансирована с имеющимися финансовыми ресурсами государства.

- Отойти от принципов «уравниловки» в финансировании медицинских организаций (в настоящее время основная задача – поддержание на плаву существующей инфраструктуры).

- Провести перераспределение функций между участниками системы ОМС: уход от монополии государства в распределении средств и регулировании деятельности всех участников системы; основная задача государства – аккумуляция средств для здравоохранения и выполнение роли регулятора системы.

- Определить честные, четкие границы базовой программы ОМС в рамках реально имеющихся денег. Уйти от «размытых» значений покрытия по ОМС. Произвести демаркацию услуг по ОМС.



Участники круглого стола



Научный руководитель Института экономики здравоохранения Высшей школы экономики, д.э.н., **С.В. Шишкин**

■ Тем самым создать условия для активного развития дополнительного медицинского страхования (ОМС+), которое вытеснит теневые платежи населения (в настоящее время «неформальные» платежи граждан составляют более 180 млрд. руб. в год).

■ Повысить требования к финансовой устойчивости участников рынка ОМС – страховым компаниям (увеличение минимального уставного капитала, размера собственных средств) для выполнения функционала участника полноценной страховой модели (с несением части финансового риска системы ОМС страховыми компаниями).

■ Развитие IT, внедрение электронного документооборота, электронной медицинской карты.

■ Унификация и стандартизация системы ОМС по всем регионам. Указанные мероприятия создадут условия для повышения инвестиционной привлекательности отрасли.

Предложения круглого стола по реформе системы обязательного медицинского страхования в России

Система здравоохранения в России продолжает развиваться в направлении повышения качества и доступности медицинской помощи. Отставание России по показателям здоровья населения от других стран сокращается в результате инвестиций в инфраструктуру и реализации комплекса целевых программ. Вместе с тем, возникает риск неоправданного роста затрат на здравоохранение при отсутствии достаточной мотивации к бережливому использованию средств. В связи с этим дальнейшее реформирование системы здравоохранения должно предусматривать повышение эффективности использования средств.

Учитывая опыт ряда стран по решению задачи рационального расходования средств, в России целесообразно расширить роль СМО, сделав их не просто администрато-

рами средств, а координаторами системы, которые возьмут на себя риски по поддержанию здоровья населения в рамках программы ОМС. В текущей системе большинство ее участников заинтересовано лишь в увеличении объемов оказания медицинских услуг. С развитием конкурентной (рисковой) модели медицинского страхования СМО будут заинтересованы в скорейшем выздоровлении пациента и поддержании его в здоровом состоянии без осложнений и рецидивов.

Данный механизм позволяет повысить удовлетворенность пациентов и ограничить рост расходов, не снижая качество лечения, а также увеличить официальные доходы медицинских организаций за счет оказания дополнительных услуг. При этом государство оставляет за собой функции регулятора, контролера и арбитра системы: определяет тарифы в системе, контролирует качество работы медучреждений и страховых организаций, разрешает споры между участниками системы.

Для перехода к новой системе необходимо дополнить действующую программу реформ здравоохранения следующими направлениями:

■ Поэтапная передача СМО функции управления медицинскими расходами на лечение застрахованных пациентов и финансовой ответственности за результаты и качество лечения.

■ Развитие дополнительного по отношению к ОМС страхования.

■ Развитие мотивации у пациентов к рациональному пользованию медицинскими услугами.

■ Создание условий для частных инвестиций в сектор здравоохранения.

■ Подготовка медицинских учреждений к деятельности в новых, более конкурентных условиях.

■ Усиление регулирования в области медицинской помощи и медицинского страхования.

Внедрение новой системы выгодно и государству, и населению, и медучреждениям. Реализация мер по осуществлению базового этапа преобразований рассчитана на 4-5 лет. Такой срок позволит обеспечить качественную подготовку и согласованный переход к новой модели работы.

Предложения круглого стола по изменению законодательства для предотвращения ухудшения деятельности федеральных научно-исследовательских и образовательных медицинских учреждений

Несмотря на принятие в последнее время важнейших законов, регулирующих сферу здравоохранения, остаются нерешенными ряд проблем правового обеспечения деятельности федеральных научно-исследовательских учреждений (НИУ) и ВУЗов, оказывающих населению высокотехнологичную медицинскую помощь, что отрицательно отражается на их работе.

Проблема прежде всего связана с необходимостью уточнения предмета деятельности клиник федеральных

НИУ и ВУЗов, а также с изменением источника финансирования этой деятельности с 1 января 2015.

В федеральных НИУ и ВУЗах гражданам предоставляется медпомощь, связанная с фундаментальными исследованиями, разработкой и трансляцией новых медицинских технологий, подготовкой высококвалифицированных научных медицинских кадров.

Полный инновационный цикл в клинике НИУ и ВУЗа требует наибольших объемов финансирования на этапах разработки и апробации, а также пилотного внедрения метода в отдельных медицинских организациях. Именно эти этапы должны являться предметом финансирования из федерального бюджета.

В соответствии с п. 6 ст. 51 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.10 г. финансовое обеспечение ВМП с 01.01.15 г. будет осуществляться только за счет средств ОМС. Реализация пункта 6 ст. 51 Федерального закона № 326-ФЗ приведет к разрыву существующих в настоящее время тесных технологических и экономических связей инновационной деятельности и фактической их ликвидации.

Следует заметить, что в развитых странах университетские клиники (или Национальный институт здоровья в США) финансируются исключительно за счет федерального бюджета.

Следует также подчеркнуть, что создание и внедрение новых технологий – дорогостоящий процесс, который невозможно стандартизовать. Это противоречит самой сущности научного поиска.

Кроме того, сама суть создания новых технологий – это венчурный процесс, который не описывается с точки зрения страховых рисков и очень затратный. Например, разработка и доведение до клинического использования одного нового лекарства превышает миллиард долларов, причем большая часть средств уходит на клинические исследования.

Кроме того, в федеральные НИУ и ВУЗы госпитализируются, как правило, тяжелые пациенты, имеющие риск развития осложнений и, следовательно, требующие дополнительных затрат. В результате средние затраты на оказание одному больному в федеральных учреждениях в 10 и более раз превышают затраты в ЛПУ регионального и муниципального уровней.

Между тем эффективность использования средств в федеральных учреждениях выше и при доле финансирования в общих затратах на здравоохранение России менее 1% федеральные научные клиники проводят около 40% высокотехнологических операций и методов лечения.

С учетом изложенного выше необходимо:

- исключить из Федерального закона № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.10 г. п. 6 ст. 51 о том, что финансовое обеспечение ВМП с 01.01.15 г. будет осуществляться только за счет средств ОМС. Внести соответствующие аналогичные поправки в № 323-ФЗ от 21.11.11 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,

- для организации деятельности федеральных НИУ и ВУЗов ввести в № 323-ФЗ от 21.11.11 г. термин «Медицинская помощь при осуществлении научно-исследовательской и научно-технической деятельности, а также при реализации профессиональных образовательных программ в государственных НИУ и учреждениях высшего профессионального образования».

Решение вышеперечисленных задач позволит увеличить объем и повысить качество инновационных медицинских услуг, предоставляемых гражданам РФ, сократить сроки их ожидания, повысить их доступность и, в конечном итоге, снизить показатели смертности и заболеваемости населения.

Считаем целесообразным инициировать подобные изменения законодательства через Минздрав Российской Федерации и Комитет по охране здоровья Государственной Думы ФС Российской Федерации.

Предложения по совершенствованию финансирования медицинской науки.

Распространенная в мире и активно внедряемая в России система предоставления грантов на проведение фундаментальных научных исследований фактически не распространяется на систему РАМН (ныне РАН и ФАНО), поскольку существующие государственные фонды (РФФИ, РФНФ и другие) финансируют преимущественно разработки, не связанные с науками о жизни (менее 5%). Между тем в развитых странах более 30% грантового финансирования направляется на науки о жизни.

Назрела необходимость выполнить один из указов Президента России В.В. Путина о расширении грантового финансирования медицинской науки, создав специальный Федеральный фонд инновационных разработок в медицине. Это позволит целенаправленно стимулировать развитие медицинской науки в стране.



Два полюса одного полиса

Нужно ли менять старую карточку медицинского страхования на новую электронную

Медицинский полис в этом году менять необязательно. Но если вы хотите в перспективе получить доступ к личному электронному кабинету с историей вашей болезни, то обычный бумажный полис стоит все-таки заменить электронным документом или получить УЭК – универсальную электронную карту.

Об этом «РГ» рассказал заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) Юрий Нечепоренко.

Юрий Алексеевич, в последнее время началась какая-то истерия – медучреждения и некоторые СМИ постоянно призывают нас срочно поменять старые медполисы на новые. А вы говорите не надо.

Юрий Нечепоренко: По закону об обязательном медицинском страховании (ОМС) с 1 мая 2011 года введен медполис единого образца. Но по этому же закону все полисы, полученные до 1 января 2011 года, тоже действительны за одним исключением тех, чей срок действия истек до этой даты. Если же старый полис бессрочный или дата окончания его действия после 1 января 2011 года, то им можно пользоваться. Никаких сроков, ограничивающих его замену, нет. И люди могут спокойно, никуда не торопясь, выбрать страховую медицинскую организацию и поменять полис тогда, когда посчитают нужным.

Но люди обычно узнают о сроках годности полиса в момент обращения к врачу. И если вдруг человек, заболев, неожиданно для себя обнаружит, что срок действия полиса истек до 1 января 2011 года, ему не окажут медпомощь?

Юрий Нечепоренко: В экстренном случае медпомощь, конечно, будет оказана, несмотря ни на какие даты в полисе. Она оказывается всем и всегда, даже если полиса нет вовсе. Что касается плановой медпомощи, новый полис в этом случае нужен. И получить его не проблема. Пунктов выдачи – тысячи по стране.

Человеку достаточно обратиться в любую страховую медицинскую организацию, написать заявление на получение полиса, ему сразу выдают временное свидетельство, которое подтверждает факт изготовления ему медполиса. И уже по этому временному свидетельству он может обратиться к врачу. Получение такого документа займет всего полчаса. Это можно сделать в любом регионе, вне зависимости от места регистрации. Зато никаких



Начальник Управления информационно-аналитических технологий Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Ю.А. Нечепоренко

проблем в дальнейшем у человека уже не возникнет. Новые медицинские полисы не имеют срока годности.

Исключение – полисы ОМС для иностранцев, тех, кто имеет разрешение на временное проживание в России или вид на жительство. Так как документы, определяющие их статус в нашей стране, ограничены неким сроком, соответственно, ограничено им и действие полиса. Иностранцы других категорий полис ОМС не имеют.

А детские полисы тоже не надо срочно менять?

Юрий Нечепоренко: У нас нет разделений на детские полисы и взрослые. Все полисы ничем не отличаются, ни внешне, ни сроком действия. Состав данных у них одинаков: фамилия, имя, отчество, дата рождения и пол вне зависимости от того, речь идет о взрослом или ребенке.

А если у человека на руках полис с «правильными» датами, но вдруг выяснится, что выдавшая его страховая компания ушла с рынка, что тогда?

Юрий Нечепоренко: Когда страховая медицинская организация уходит с поля, то информация об этом появляется в СМИ. Плюс страховая компания должна уведомлять людей о своем уходе. И с этого момента людям дается два месяца на то, чтобы выбрать другую страховую медицинскую организацию.

Тех, кто это не делает, «молчунов», территориальный фонд ОМС передаст в другую страховую компанию. По закону, он должен пропорционально распределить неопределившихся застрахованных между страховыми организациями, работающими в регионе. Человек в итоге может даже не знать, что у него теперь другой страховщик, но это совсем не мешает ему обратиться в медучреждение и получить помощь.

Если вдруг человеку по какой-то причине отказывают, он может обратиться в свою страховую компанию (если она поменялась, название новой можно уточнить в фонде) или фонд ОМС, и его права будут восстановлены. У страховой компании есть договоры со всеми лечебными учреждениями. Ключевая роль страховой компании – это защита прав пациентов. За каждое свое застрахованное лицо она получает определенное финансирование, за счет которого осуществляет оплату оказанной медицинской помощи, поэтому она заинтересована в том, чтобы у нее было как можно больше застрахованных, тогда у нее будет больше финансовых ресурсов. И если медпомощь оказывается некачественно, страховая компания имеет право применить штрафные санкции к лечебным учреждениям и принимать другие меры.

На недобросовестность страховой компании можно пожаловаться в территориальный фонд ОМС, а если вы будете не согласны с его выводами и не считаете, что страховщик и терфонд приняли адекватные меры по защите ваших прав, – можно обратиться в ФФОМС, и тогда будет произведено разбирательство на нашем уровне. Менять страховую компанию, если вас не удовлетворяет качество ее работы, можно раз в год.

Как вы думаете, откуда взялся миф о необходимости срочно обменивать полисы?

Юрий Нечепоренко: По закону об ОМС, полис может быть бумажным, электронным или в составе универсальной электронной карты (УЭК). А в законе об УЭК изначально предполагалось, что с 1 января 2014 года она будет выдана всем россиянам, кроме тех, кто написал отказ от нее. Но дата 1 января 2014 года из закона об УЭК ушла. Сейчас УЭК выдается всем желающим в штатном режиме. Информация о медполисе вносится в нее автоматически благодаря взаимодействию между органами исполнительной власти. Человеку для этого ничего специально делать не надо.

Вы упомянули про электронный полис. Что это такое и зачем он нужен?

Юрий Нечепоренко: Электронный полис внешне похож на УЭК. Это пластиковая карта со специальным чипом, в который «зашиты» номер медполиса и данные о его владельце, – те же самые, что и на бумажном полисе.

Электронный полис появился на полтора года раньше УЭК. И он, как и универсальная электронная карта, должен обеспечивать взаимодействие пациентов с лечебными учреждениями. После модернизации здравоохранения, к примеру, во многих медорганизациях должны были появиться новые информационные ресурсы, кото-

рые могли бы принимать электронные идентификаторы – электронные полисы или УЭК. Приходит человек в поликлинику, вставляет пластиковую карточку в инфомат, и на экране сразу высвечиваются все его данные, и можно быстро, не вводя лишней информации (фамилию, номер полиса), записаться к врачу. Это просто дополнительные удобства.

Где еще может сгодиться электронный полис или УЭК кроме инфоматов?

Юрий Нечепоренко: Минздрав занимается сейчас развитием информационных систем в здравоохранении. В перспективе у нас должны появиться электронные медицинские карты, тогда, возможно, граждане должны будут подтверждать свой приход к врачу электронной картой.

Кроме того, планируется, что, когда будет вестись электронная медкарта, у человека появится в Интернете «личный кабинет пациента», в который гражданин сможет получать доступ, видеть там информацию, какие лечебные учреждения он посещал, какую диагностику проводил, через этот же «личный кабинет» записываться к врачу, заказывать какие-то справки, многие действия предусмотрены. И, конечно же, чтобы получить доступ в «личный кабинет», нужно будет использовать электронный полис или УЭК.

Существуют специальные считыватели для пластиковых карт, они стоят недорого – 100-200 рублей. Их можно будет подключить к компьютеру, и тогда можно будет пользоваться «личным кабинетом».

А почему для входа в «личный кабинет» нельзя будет просто ввести номер своего полиса, а обязательно нужны дополнительные технические устройства?

Юрий Нечепоренко: Полис могут украсть, его номер могут подсмотреть или набрать «методом тыка» абсолютно посторонние люди. Но мы же не хотим, чтобы у них был доступ к конфиденциальной информации о нашем здоровье, поэтому и предполагается более надежная защита этой информации и возможность попадания в «кабинет» только при наличии пластиковой карты.

Я правильно понимаю, что, оформляя медполис, человек может выбрать только один вариант – бумажный, электронный или в составе УЭК. Получить все три варианта нельзя?

Юрий Нечепоренко: Да, человек должен определиться, какой из этих вариантов ему больше подходит, и выбрать.

А если сейчас человек получил бумажный полис нового образца, а потом захочет на электронном носителе, не будет проблем с обменом?

Юрий Нечепоренко: Не будет. Для этого надо просто обратиться в страховую компанию.

Марина Грицюк, «Российская газета»
№ 6279 от 16.01.2014

<http://www.rg.ru>



РИА НОВОСТИ

ФОМС: работающие в ОМС клиники не могут отказать в бесплатной помощи

На какую бесплатную помощь можно рассчитывать в частной клинике и куда жаловаться, если гражданину отказали в приеме по полису, в интервью РИА Новости рассказала начальник управления организации ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования Светлана Кравчук.

Более 1,7 тысячи негосударственных медицинских организаций в России в 2014 году будут принимать пациентов по полисам обязательного медицинского страхования (ОМС). На какую бесплатную помощь можно рассчитывать в частной клинике и куда жаловаться, если гражданину отказали в приеме по полису, в интервью корреспонденту РИА Новости Людмиле Бескоровой рассказала начальник управления организации ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования Светлана Кравчук.

Светлана Георгиевна, какой процент частных клиник на данный момент подключился к оказанию помощи по полису ОМС?

С.Г. Кравчук: Отмечается значительное изменение количества негосударственных медицинских организаций, участвующих в системе обязательного медицинского страхования. В 2010 году только 618 организаций негосударственной формы собственности работали в системе ОМС по всей стране. На 2014 год подали заявки уже более 1,7 тысячи компаний. Если в 2010 году их доля составляла порядка 7,6% в структуре медицинских организаций, то уже в 2014 году она вырастает до 19%. Эти организации расположены практически во всех регионах России, безусловно, в Москве и Санкт-Петербурге их больше.

То есть можно предположить, что все больше частных медцентров будет включаться в систему ОМС?

С.Г. Кравчук: В условиях сегодняшнего финансирования, я думаю, да. Кроме того, в системе ОМС достаточно четкие, понятные, прозрачные требования к медицинским организациям, выстроено взаимодействие медицинских организаций со страховыми медицин-



Начальник Управления организации ОМС
Федерального фонда обязательного
медицинского страхования С.Г. Кравчук

Фото «Российская газета»/Сергей Кукин

скими компаниями. Порядок включения частных медицинских организаций в систему ОМС осуществляется на основе уведомления. Если клиника, независимо от формы собственности, имеет лицензию на медицинскую деятельность, она имеет право подать уведомление в территориальный фонд и он не может отказать ей в участии в системе ОМС.

У населения пользуются спросом частные клиники, принимающие по полису ОМС?

С.Г. Кравчук: Я не думаю, что у населения есть какое-то недоверие. Все эти организации оказывают медицинскую помощь на основании лицензии, право на эту деятельность у них существует. Кроме того, раз они работают в системе ОМС, к ним применяются такие же требования, как и к организациям государственной формы собственности. Это и проверки, и контроль качества и сроков оказания медицинской помощи. У пациентов в этом случае есть все права, которые имеют застрахованные лица при получении медицинской помощи в государственных организациях по территориальным программам обязательного медицинского страхования. Они так же могут обратиться в свою страховую компанию за

разъяснениями и защитой в случае нарушения их прав.

Следует учитывать, что частные медицинские организации, входя в систему ОМС, как правило, оказывают амбулаторную, то есть поликлиническую медицинскую помощь: проводят диагностические исследования, консультации, предлагают стоматологические услуги.

Рост количества негосударственных медицинских организаций и их доли в оплате за оказанную медицинскую помощь позволяют сделать вывод, что они достаточно привлекательны для населения.

К этим медучреждениям можно так же прикрепить-ся по полису, как к своей городской поликлинике?

С.Г. Кравчук: Если в медицинской организации есть участковая служба и она готова прикреплять население, застрахованные вправе выбрать эту организацию для получения первичной медико-санитарной помощи. Но, как я уже сказала, в основном они проводят диагностические исследования и оказывают консультативную медицинскую помощь, ведут прием «узкими» специалистами: офтальмологами, неврологами, аллергологами, стоматологами и другими.

Несмотря на то, в какой страховой компании человеку выдан полис, он может обратиться в любую участвующую в территориальной программе ОМС негосударственную медицинскую организацию и получить помощь.

Даже если человек является жителем одного региона, а приехал в другой, он может с острой формой заболевания обратиться в частную клинику, работающую по территориальной программе ОМС, со своим полисом. Но если он приехал в отпуск, например, из Волгограда в Москву, и решил получить плановую специализированную помощь в стационаре, это можно сделать только по направлению врача медицинской организации, которую он выбрал для прикрепления.

Медицинская помощь застрахованным лицам должна быть оказана медицинской организацией бесплатно, оплатит ее страховая медицинская организация или территориальный фонд ОМС.

Куда жаловаться человеку, если ему отказали в частной клинике в помощи по полису ОМС, но эта организация входит в программу госгарантий?

С.Г. Кравчук: В первую очередь, в администрацию этой медицинской организации, чтобы сразу разобраться в ситуации. Если же администрация не реагирует или человек не хочет туда обращаться, он может связаться со страховой компанией, в которой он застрахован. На обороте полиса всегда есть телефон этой компании.

Вся информация о входящих в территориальную программу медицинских организациях должна быть размещена на сайте органов исполнительной власти региона.

В любом случае, если человек приходит в медорганизацию, он должен уточнить, работает ли она в системе ОМС. Если есть сомнения, можно заранее позвонить и уточнить в страховой медицинской компании, территориальном фонде ОМС, органе управления здравоохранения региона.

Есть второй момент. Когда вам предлагают в любой медицинской организации, даже городской поликлинике, оказать медицинскую помощь платно, позвоните в страховую компанию, спросите, оказывается ли она бесплатно. И если эта поликлиника включена в территориальную программу ОМС, вам обязательно окажут помощь бесплатно.

Как входящие в программу ОМС частные клиники должны информировать население, какие услуги они оказывают бесплатно?

С.Г. Кравчук: Во всех медицинских организациях, работающих в ОМС, должны быть стенды с информацией о медицинской помощи, которая оказывается бесплатно по территориальной программе (видах, условиях, сроках). Эта информация должна быть расположена не где-то в темном углу, далеко от регистратуры и окна кассы для платных услуг. Она должна быть размещена на видном месте, чтобы человек понимал, что такую-то помощь он получает бесплатно.

Также медицинские организации должны размещать данную информацию на своих сайтах. Но не все медицинские организации имеют свои сайты. В этом случае органы управления здравоохранением обязаны всю информацию обо всех участниках обязательного медицинского страхования разместить на своих сайтах. В обязательном порядке эту информацию размещает на своих интернет-ресурсах и территориальный фонд ОМС, и страховые компании. Это их обязанность — информировать граждан об оказании медицинской помощи, о порядках, правилах, условиях ее получения.

Впервые в этом году каждая территориальная программа ОМС должна включать дополнительно сведения о сроках предоставления плановой медицинской помощи.

Недавно в блогах появилась информация о том, что частные медорганизации в Москве, которые входят в программу ОМС на 2014 год, отказывают в оказании бесплатной медпомощи. Некоторые из них говорят, что не успели оформить документы, поэтому начнут работать по полисам только с февраля...

С.Г. Кравчук: Медицинская организация, включенная в реестр на очередной год, до конца предыдущего года заключает договор об участии в системе ОМС со страховыми компаниями.

В каждом субъекте работает комиссия, которая определяет объемы медицинской помощи для каждой медицинской организации до наступления года, в котором реализуется программа ОМС. Соответственно, до конца прошлого года все клиники получили плановые объемы медицинской помощи, и если они вошли в систему ОМС, то не в праве отказать застрахованному лицу в оказании бесплатной медицинской помощи по территориальной программе при возникновении страхового случая.

РИА Новости, 6 февраля 2014 г.
<http://ria.ru/interview/>

Деятельность инфраструктуры обязательного медицинского страхования в условиях медицинского обеспечения Олимпийских игр

В преддверии открытия XXII Зимних Олимпийских игр Сочи – 2014, а также XI Паралимпийских игр в рамках рабочей поездки город-курорт Сочи посетили заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования С.А. Карчевская и начальник управления организации ОМС ФОМС С.Г. Кравчук.

Целью визита был контроль работы пунктов выдачи полисов ОМС и Постов качества страховых компаний в медицинских организациях г. Сочи в условиях проведения массовых спортивных мероприятий.

На территории г. Сочи из 8 пунктов выдачи полисов ОМС страховых медицинских организаций:

пять – Краснодарского филиала ООО СМО «Сибирь»;

три – филиала ООО «РГС-Медицина» – «Росгосстрах-Краснодар-Медицина».

В конце 2013 года страховыми компаниями были дополнительно открыты в г. Сочи 3 пункта.

При посещении пунктов выдачи полисов обращалось внимание на наличие очередей и причины обращения граждан в страховую компанию.

Кроме того, особое внимание уделялось количеству выдаваемых временных свидетельств, подтверждающих оформление полисов, а также количеству и своевременности выдачи изготовленных полисов ОМС.

При посещении пунктов выдачи полисов ОМС было отмечено наличие стендов с наглядной информацией о правах застрахованных в сфере ОМС, о сроках действия полисов ОМС «старого» образца, порядке их замены. При выдаче полисов специалисты СМО информировали граждан не только о порядке получения полиса, но и о правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования, роли страховых компаний в вопросах защиты прав застрахованных. При этом гражданам выдавали буклеты, памятки с информацией о деятельности страховых медицинских организаций.

Для лиц с ограниченными возможностями пункты выдачи полисов были оснащены кнопками вызова специалистов СМО.

С целью своевременной выдачи изготовленных полисов ОМС и сокращения количества просроченных полисов сотрудники СМО оповещали застрахованных посредством SMS-сообщений и телефонных звонков, осуществляли доставку полисов пожилым и маломобильным группам населения.

Специалистами фонда регулярно проводился мониторинг по количеству выданных временных свидетельств и полисов ОМС, в том числе просроченных.

В медицинских организациях г. Сочи работали посты



Беседа заместителя председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования С.А. Карчевской с и.о. главного врача МБУЗ г. Сочи «Городская больница №9»

качества СМО, развёрнутые в поликлиниках и в одном из стационаров.

Дополнительно в период Олимпийских игр были открыты ещё два поста качества. Из них:

четыре – Краснодарского филиала ООО СМО «Сибирь»;

два – филиала ООО «РГС-Медицина» – «Росгосстрах-Краснодар-Медицина».

Для удобства граждан был изменен и продлен режим их работы: с 8.00 до 17.00 ежедневно, кроме воскресенья. Посты качества располагались в лечебных учреждениях, включенных в перечень медицинских организаций, осуществляющих оказание медицинской помощи участникам и гостям Олимпийских игр.

Для населения информация о дежурствах представителей СМО и работе «Постов качества» размещались на информационных стендах в медицинских организациях

(регистратуре, стационарах), на сайте Территориального фонда ОМС Краснодарского края в разделе «Страховые медицинские организации», на сайте Министерства здравоохранения Краснодарского края.

Все посты качества были обеспечены наглядной информацией о правах застрахованных в сфере ОМС.

Представители СМО в доступной форме проводили консультирование граждан на Постах качества, развернутых в медицинских учреждениях, по вопросам обязательного медицинского страхования. Кроме того специалист «Поста качества» – врач-эксперт, был готов оперативно оказать помощь пациенту и при необходимости провести «очную» экспертизу качества оказания медицинской помощи непосредственно в момент нахождения пациента на стационарном лечении.

При посещении медицинских организаций рабочей группой ФОМС была отмечена эффективность проводимых дежурств на постах качества в медицинских учреждениях г. Сочи.



МБУЗ г. Сочи «Городская больница № 9». Детская поликлиника, запись к врачу через инфомат

были оснащены картридерами для считывания информации с электронных полисов ОМС. В помощь специалистам регистратур и приемных отделений медицинских организаций не только г. Сочи, но и всего края, были подготовлены памятки о видах полисов ОМС, о порядке проверки и актуальности документов страхования по ОМС. Все медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь спортсменам и гостям Олимпиады, получили возможность круглосуточного доступа к центральному сегменту единого регистра застрахованных лиц, что дало возможность в режиме он-лайн определять при необходимости страховую принадлежность пациента, не имеющего страхового документа.

Была проверена возможность записи на приём к врачу не только при непосредственном обращении в регистратуру или по телефону, а также с помощью инфомата, установленного в поликлиниках, или через Интернет.

Приятное впечатление осталось от общения с сотрудниками страховых компаний и работниками первичного звена здравоохранения, которые вселили надежду на понимание поставленных перед здравоохранением Краснодарского края задач. Кроме того, все отметили оптимизм и рабочий настрой медиков края.



Городская поликлиника № 1 г. Сочи. Регистратура, информационный материал для пациентов

В медицинских организациях обращалось внимание на работу регистратур и приёмных отделений по организации приёма пациентов, оформлению первичной медицинской документации. В период подготовки к Олимпийским играм все приемные отделения и регистратуры

В Сочи подвели итоги работы медиков во время Олимпиады

24 февраля 2014 г., Сочи

В Сочи на самом высоком уровне обсудили итоги медицинского обеспечения Олимпийских игр и перспективы на Паралимпиаду. В специальной пресс-конференции приняла участие министр здравоохранения страны Вероника Скворцова, а также заместитель губернатора Краснодарского края Галина Золина.

В боевой готовности, как отметила сама министр, вся система оказания медпомощи в Сочи была с 25 января. На олимпийских объектах работало 38 медицинских пунктов, как стационарных, так и мобильных, три консультативно-диагностических центра. Специально была создана и подстанция скорой помощи, в распоряжении которой имелось 52 машины. Они прибывали на место происшествия в течение 3-3,5 минут. Это считается лучшим результатом в мире при проведении подобных мероприятий. Работала и санитарная авиация. Услугами вертолёт пришлось воспользоваться 6 раз. В этом случае госпитализация осуществлялась практически за 15 минут.

Вероника Скворцова, министр здравоохранения Российской Федерации: «Все звенья были связаны, все были на связи друг с другом, вовремя корректировались и маршруты, и полностью передавалась информация из машин скорой помощи в приёмные отделения. Больных ждали. Время от двери до иглы было максимально укорочено».

Стажировку врачи, работающие на Олимпиаде, проходили в шести странах. Но медицинский десант работал и в самом городе. По всему Большому Сочи дополнительно введено 1268 штатных единиц врачей. Всего же за помощью к медикам обратилось около 9 тысяч аккредитованных лиц. Из которых 380 спортсменов. Помощь в основном оказывалась амбулаторная. Обращались с травмами, ушибами,

переломами, крайний случай — ушиб внутренних органов. Госпитализировать пришлось 577 человек.

Медицинское обеспечение Олимпиады оценил и глава медицинской комиссии Международного олимпийского комитета Ричард Баджет, который отметил, высокий уровень подготовки специалистов. Со стороны Олимпийского комитета нареканий не было.

Главным постолимпийским наследием для региона станет полученный опыт, отметили чиновники. А сочинцам пообещали, что в олимпийской столице будут работать только лучшие врачи, для этого даже будут проводиться специальные конкурсы. И ездить в Краснодар или Москву жителям курорта не придётся.

Несколько вопросов были посвящены здоровью российской фристайлистки Марии Комиссаровой, которая получила в Сочи тяжелейшую травму. Вероника Скворцова подробно рассказала о том, как спасали нашу спортсменку. Министр подчеркнула, что российская часть ведения больной была выполнена безукоризненно. Вся подготовка к операции, включая детальное обследование, заняла всего 2 часа 40 минут, хотя по международным стандартам на это отводится до 8 часов. Сама сложнейшая операция на позвоночнике длилась более 4 часов.

Врачам пришлось иметь дело с тяжелым оскольчатым переломом 11-го грудного позвонка, который в результате травмы разрушился и угрожал 10-му позвонку. И чтобы не просто спасти, но свести к минимуму негативные последствия для здоровья спортсменки, крайне важно было провести декомпрессию спинного мозга и восстановить структуру позвоночника, установив титановый конструкт. Операция прошла успешно.

Затем по настоянию родных Маши, спортсменку специальным бортом доставили в Мюнхен, где находится клиника по лечению такого рода травм. Принявший пациентку профессор Биберталлер отметил, что поражен — как можно было сделать настолько сложную операцию в режиме скорой помощи практически на месте. Но это было абсолютно необходимо.

Также министр здравоохранения России заявила, что лечение Маши и в России, и в Германии полностью оплачивается государством.

Интересовало российских журналистов и то, как Краснодарский край сумел не только подготовиться на таком высоком медицинском уровне, но и выделить на обеспечение Олимпиады почти 700 врачей, это не считая медперсонала клиник самого Сочи.



МБУЗ г. Сочи «Станция скорой медицинской помощи». Работа диспетчеров

Заместитель губернатора Краснодарского края Галина Золина рассказала, что регион системно готовился к медицинскому обеспечению Игр в течение нескольких лет. Были просчитаны все ситуации, задачи и риски. И с учетом этого комплексно модернизировалась медицинская инфраструктура, проводилось обучение врачей и среднего медперсонала, готовилась система управления и контроля.

Всего в регионе работает 100 тысяч медиков. Проходит тысяча операций в сутки, включая самые сложные, высокотехнологичные. Медики ежедневно отрабатывают 10 тысяч обращений за помощью. Совершает 6 тысяч выездов в день скорая помощь. И вся эта огромная система работала в период подготовки и проведения Олимпиады предельно четко, причем с большим запасом прочности.

Поэтому привлечение на Олимпиаду даже 700 врачей не сказалось на работе здравоохранения Кубани. Наоборот, те знания и опыт, который медики региона и Сочи приобрели благодаря подготовке и работе «на высшем уровне» – принесет много пользы и будет работать на жителей края много лет, отметили Вероника Скворцова и Галина Золина.

– Уровень медицины региона создан не за 17 дней Олимпиады. За ним много лет кропотливой работы по развитию здравоохранения Кубани, – отметила вице-губернатор края.

Галина Золина подробно рассказала о том, какой путь проделала в последние годы медицина края. В 5-миллионном крае, где работает полторы тысячи учреждений здравоохранения, в его модернизацию стабильно вкладывается каждый третий рубль бюджета. Это принципиальная позиция губернатора Александра Ткачева.

Как результат, эффективно работают все уровни оказания медпомощи – от сельских амбулаторий и офисов



МБУЗ г. Сочи «Городская больница №9». Травмпункт, стенд ОМС

врачей общей практики до современных краевых клиник. Более того, регион создал эффективный 3-й уровень оказания помощи – это высокотехнологичные клиники, в которых самые сложные операции проводятся кубанцам бесплатно, включая пересадки внутренних органов, что считается «высшим пилотажем» медицины. Всего их проведено более 500, в том числе уникальные операции по пересадке искусственно выращенной трахеи.

Яркими и при этом объективными показателями качества работы системы здравоохранения является снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и общей смертности. Средняя продолжительность жизни в крае стабильно выше, чем в среднем по стране, и составляет больше 72 лет.

Как отметила министр здравоохранения Российской Федерации, Сочи провел большую работу по созданию доступной среды для лиц с ограниченными возможностями здоровья. Подготовку и аттестацию на этот счет прошли 1800 объектов Сочи.

В завершение Вероника Скворцова особо отметила работу «главного врача» Кубани – министра здравоохранения Кубани Евгения Филиппова.

– Блестящий профессионал как врач и как руководитель здравоохранения, очень открытый и ответственный человек, уверена, он обеспечит повышение открытости и в работе всех органов управления здравоохранением, на что мы сегодня нацелены.



МБУЗ г. Сочи «Городская больница №9». Перинатальный центр, беседа с сотрудниками

По материалам пресс-службы Администрации Краснодарского края

Деятельность Территориального фонда обязательного медицинского страхования города Байконур

Постановлением Главы городской администрации от 25.06.1997 г. № 247 на территории города Байконур был создан Байконурский территориальный фонд обязательного медицинского страхования. В 2011 г. постановлением Главы администрации города Байконур от 29.08.2011 г. № 143 Байконурский территориальный фонд обязательного медицинского страхования переименован в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Байконур.

Многие годы Территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Байконур, являясь гарантом стабильности финансирования медицинских организаций, выполняет задачи:

- обеспечение прав граждан в системе обязательного медицинского страхования;
- обеспечение бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи;
- создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи;
- обеспечение государственных гарантий соблюдения прав застрахованных лиц.

До 1 апреля 2005 г. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования выполнял функцию страховщика на территории города Байконур.

С 1 января 2011 г. был введен в действие Федеральный закон Российской Федерации № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Принятие закона стало важным этапом модернизации системы ОМС. Данный закон поставил интересы застрахованного лица в центр системы ОМС, укрепил механизмы финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования и механизмы обеспечения прав застрахованных на бесплатное оказание медицинской помощи.

Сегодня в системе обязательного медицинского страхования города Байконур работают:

- Страховая медицинская организация – филиал «Байконур-РОСНО-МС» ОАО СК «РОСНО-МС»;
- Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центральная медико-санитарная часть № 1 Федерального медико-биологического агентства»;
- Государственное бюджетное учреждение «Бюро судебно-медицинской экспертизы города Байконур».

В случаях невозможности оказания в городе Байконур специализированных видов медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, врачебные комиссии медицинских учреждений направляют пациентов, в федеральные медицинские учреждения и организации в порядке, определяемом Министерством



Информационная стела «Байконур»



Запуск РН «Протон КМ»

здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Численность граждан, застрахованных филиалом «Байконур-РОСНО-МС» ОАО СК «РОСНО-МС», включенных в ТПОМС, составляет 43 584 человек, в том числе 20 308 работающих и 23 276 неработающих граждан.

Структура застрахованных граждан (работающих и неработающих) неоднородна, так же как и в субъектах Российской Федерации. В отличие от большинства субъектов Российской Федерации в структуре застрахованного населения города Байконур, большое количество застрахованных из других субъектов Российской Федерации.

Поздравляем с юбилеем!



Глядя на Нину Алексеевну, директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования города Байконур, с трудом веришь, что она шагнула в пятидесятилетний рубеж. Элегантная, стройная, молодая, улыбчивая - кажется, время не властно над ней.

В городе Байконур ее знают многие. В первую очередь - как женщину с доброй и открытой душой, готовой прийти на помощь в любой ситуации. Ответственная, требовательная, справедливая - такая она во всем. У нее безупречная профессиональная репутация, огромное множество друзей и доброжелателей, благополучная семья. Сегодня она считает себя по-настоящему счастливой. И это счастье она построила сама: шаг за шагом, погружаясь в работу, предъявляя к себе ряд жестких требований и безукоризненно следуя своим жизненным принципам.

Нина Алексеевна родом из города Топки Кемеровской области. Основная часть детства прошла в городе Талгаре Алмаатинской области. Лидер по своей природе, она всегда знала, какую специальность хочет получить после окончания школы. Поэтому не задумываясь успешно поступила в Талгарское медицинское училище. Свою деятельность в сфере медицины начала с 1980 года в должности фельдшера скорой медицинской помощи в Талгарской районной больницы. Проработав немного поступила на лечебный факультет Алма-Атинского государственного института. После окончания института начала свою карьеру в Городской больнице города Байконур. Любознательная и общительная, ответственная, она подавала большие надежды. Так с 2002 по 2008 год была главным врачом Городской больницы города Байконур. В период работы внесла немалый вклад в развитие и совершенствование больницы.

В Территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Байконур пришла в середине 2008 года на должность заместителя директора. Сразу же зарекомендовала себя с положительной стороны как грамотный и ответственный работник.

С 23.10.2013 года распоряжением Главы администрации города Байконур назначена директором ТФОМС города Байконур. Под ее руководством легко и спокойно, а главное - живет желание трудиться. У нее демократичный стиль общения с коллективом, и это создает комфорт и настрой на эффективный труд. Умеет располагать к себе людей, находить с ними общий язык, а еще, что немаловажно, очень бережно относится к своим сотрудникам. Целеустремленна, прекрасно владеет ситуацией, всегда верит в успех. Требовательна и принципиальна. Она - природный руководитель, свидетельство тому - отлаженный рабочий процесс и дружный коллектив.

Самоотдача в работе Нины Алексеевны не осталась незамеченной. В списке ее наград - многочисленный грамоты и благодарности Главы администрации города Байконур, Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования. О многом говорят медаль, врученная Президентом Республики Казахстан «Шапагат», нагрудный знак «Отличник здравоохранения», памятный знак «20 лет обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации».

Обеспечение финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования на территории Республики Адыгея в 2013 году



М.С. Хагауджева
Директор Территориального
фонда обязательного
медицинского страхования
Республики Адыгея,
заслуженный работник
здравоохранения Республики
Адыгея

В соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – ФЗ-326) одним из основных принципов осуществления обязательного медицинского страхования является устойчивость финансовой системы обязательного медицинского страхования. Реализация государственной политики в области обязательного медицинского страхования как составной части государственного социального страхования, а также аккумулирование финансовых средств на обязательное медицинское страхование, обеспечение финансовой стабильности государственной системы ОМС и направление финансовых ресурсов на ее обеспечение являются основными направлениями деятельности Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Адыгея (далее – ТФОМС РА).

По состоянию на 01.04.2013 г. на территории Республики Адыгея численность застрахованных граждан составляет 401 285 человек, в том числе работающих граждан – 109 408 человек (27,3%), неработающих – 291 877 (72,7%).

Доходы фонда в 2013 г. утверждены в объеме 3 258,6 млн. руб., что выше уровня доходов 2012 г. на 35,8%, и уровня 2010 г. – на 129,1%. Следует отметить, что централизация взносов на обязательное медицинское страхование на работающее и неработающее население в Федеральном фонде с 2012 г. в соответствии с ФЗ-326 уже

в 2013 г. привела к финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования.

Так, объем поступления страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения по сравнению с 2011 г. в Республике Адыгея возрос на 50,5% и объем поступления страховых взносов на работающих и дотации ФФОМС увеличились на 142,5%. Кроме того, в доход бюджета ТФОМС РА поступили межбюджетные трансферты из бюджета РА на дополнительное финансовое обеспечение реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Адыгея (далее – Терпрограмма).

Учитывая, что в структуре всех расходов бюджета Фонда 99,3% с 2013 г. занимали расходы на финансирование Терпрограммы, впервые в 2013 г. было обеспечено финансирование Терпрограммы с профицитом. И как следствие, подушевой норматив финансового обеспечения 1 застрахованного жителя в Республике Адыгея по Терпрограмме за период 2010-2013 гг. превысил в 2,5 раза федеральный норматив и сложился в 2013 г. в размере 7687,6 рубля на одного человека в год при федеральном подушевом нормативе – 5942,5 рублей.

Фактическая структура расходов по видам медицинской помощи в 2013 году составила по стационарной помощи – 62,4%, по амбулаторно-поликлинической помощи – 34,9%, по дневным стационарам – 2,7%.

Следует отметить, что с 2013 г. в рамках территориальной программы ОМС произошел переход на однока-

нальное финансирование всех учреждений здравоохранения, работающих в системе ОМС. Так, если до 2013 г. средства ОМС покрывали всего пять статей расходов медицинских организаций, включая заработную плату, начисления на нее, питание в стационарах, мягкий инвентарь и расходные материалы, то с 2013 г. производится оплата и услуг связи, транспортных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходов на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и приобретение оборудования стоимостью до 100 тыс. руб. за единицу. Итоги года показали, что финансовое положение учреждений стало более устойчивым. Значительное увеличение оплаты медицинских услуг из фонда ОМС позволило медицинским организациям, работающим в нашей системе, решить ряд существенных проблем – это обеспечение потребности в медикаментах при оказании медицинской помощи в круглосуточных и дневных стационарах, улучшение качества питания в

больницах, ликвидация кредиторской задолженности накопленной годами.

Исходя из кассовых расходов медицинских организаций стоимость единицы объема оказанной медицинской помощи в 2013 г. в целом по республике составила:

- стационарной помощи – 1751,8 руб., что на 21,5% ниже утвержденной стоимости по Терпрограмме (2232,6 руб.);
- амбулаторной помощи по обращениям по поводу заболевания – 819,0 руб., что на 23,8% ниже утвержденной (1075,1 руб.); по посещениям с профилактической целью – 258,6 руб., что на 19,4% ниже утвержденной стоимости; по посещениям по неотложной медицинской помощи – 342,7 руб., что ниже на 16,6% от утвержденной;
- в дневных стационарах – 442,2 рублей, что на 35% ниже утвержденной стоимости (680,8 руб.).

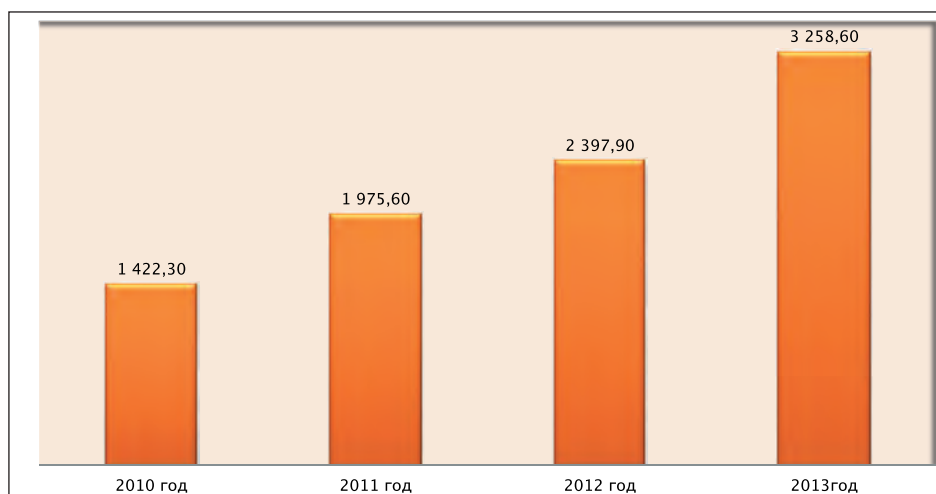


Рис. 1. Доходы бюджета ТФОМС Республики Адыгея

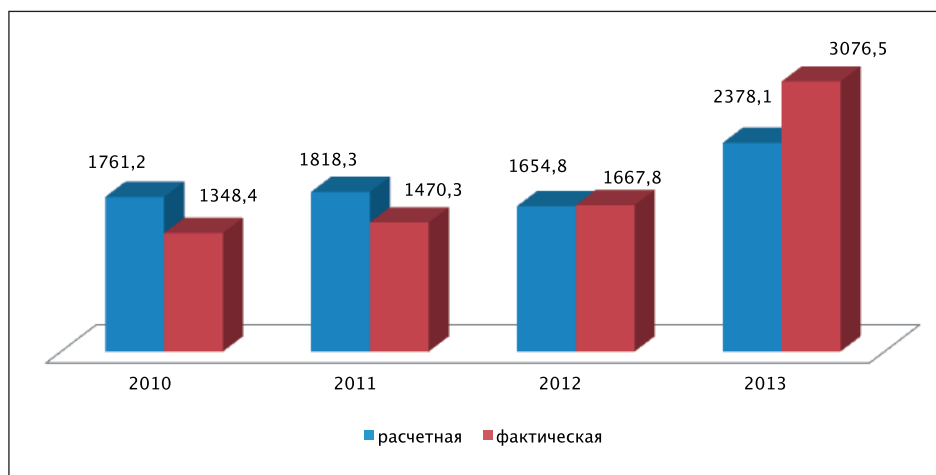


Рис. 2. Стоимость территориальной программы ОМС РА (млн. руб.)

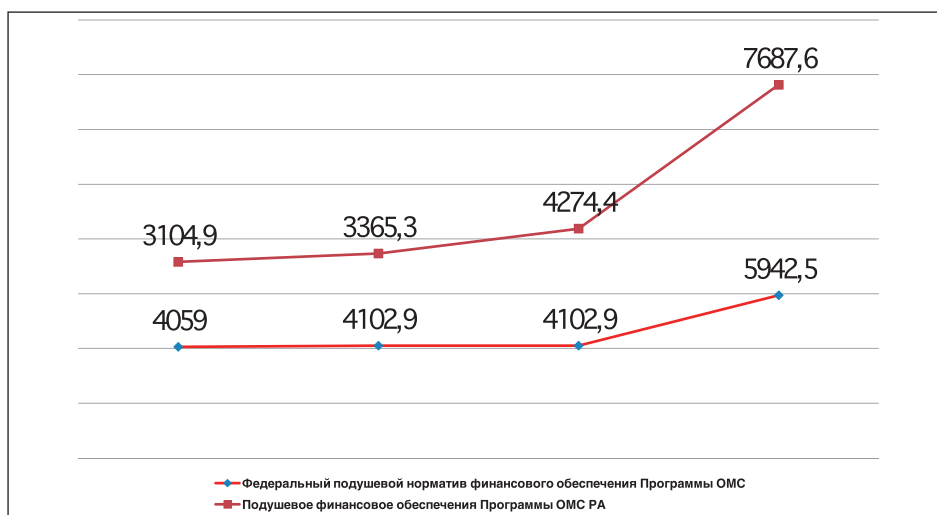


Рис. 3. Подушное финансовое обеспечение Программы ОМС в 2010–2013 гг. (руб.)

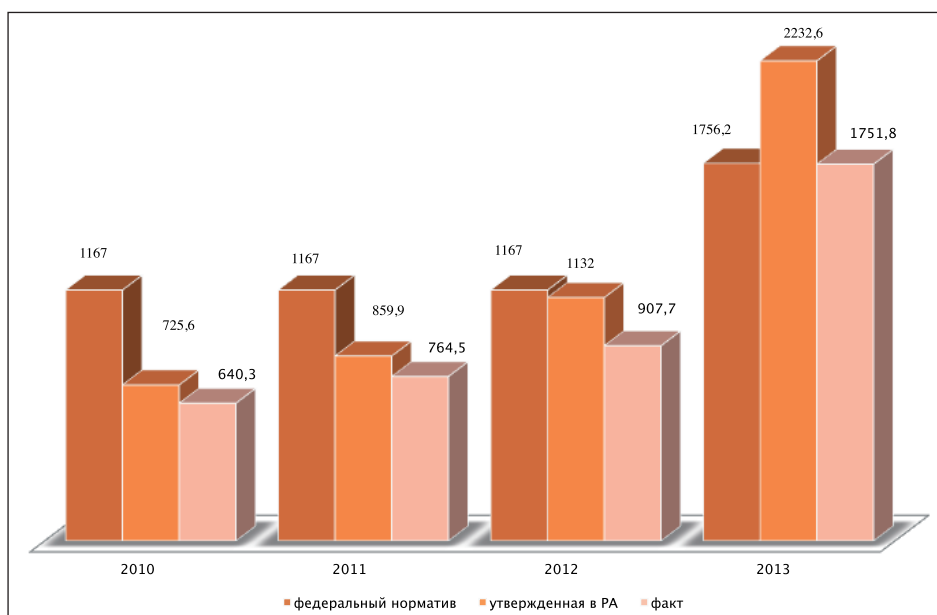


Рис. 4. Круглосуточные стационары – стоимость 1 койка-дня в руб.

Расходы медицинских организаций на единицу объема медицинской помощи в 2013 г. составили:

- на продукты питания - на один койко-день в стационаре – 65,1 руб., что выше на 49,3% уровня 2012 г. (43,6 руб.);

- на медикаменты на один койко-день в стационаре – 309,2 руб., что выше уровня 2012 г. более чем в 3 раза (98,7 руб.), на один пациенто-день в дневном стационаре – 153,1 руб., что в 2,7 раза выше уровня 2012 г. (56,1 руб.).

В прошлом году процедура экстракорпорального оплодотворения, ранее оказываемая частной медицинской, включена в систему обязательного медицинского страхования. И в истекшем году эта медуслуга была ока-

зана бесплатно (по полисам ОМС) 5 пациентам из нашей республики.

В базовую программу ОМС включена скорая медицинская помощь. При этом принципы оказания этой помощи остались прежними – всем нуждающимся, бесплатно и безотлагательно. А финансирование этого вида помощи осуществлялось фондом ОМС по подушному принципу. Переход скорой медицинской помощи в систему ОМС позволил увязать нагрузку медицинского персонала, качество оказанной гражданам медицинской помощи с заработной платой работников.

Важным аспектом работы системы обязательного медицинского страхования являются взаиморасчеты между территориальными фондами ОМС за медицинскую по-

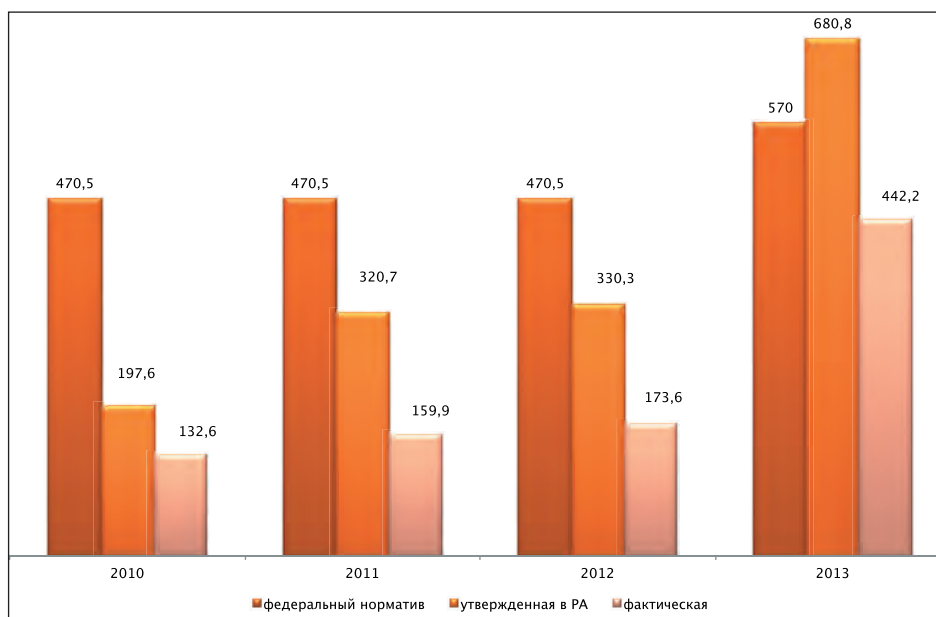


Рис. 5. Стоимость 1 пациенто-дня в рублях

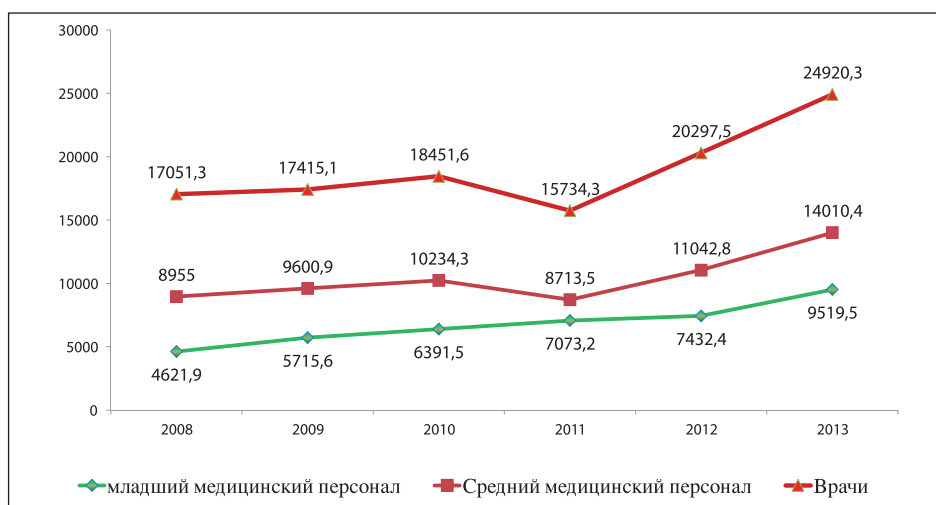


Рис. 6. Динамика средней заработной платы медицинских работников в системе ОМС за период 2008–2012 гг.

мощь, оказанную гражданам Российской Федерации за пределами территории страхования. Только в 2013 г. по межтерриториальным расчетам за медицинскую помощь, оказанную жителям Республики Адыгея в других регионах страны, было направлено более 330,0 млн. руб., что составило 12,2% от объема всей оплаченной медицинской помощи.

Главный итог года – рост заработной платы в системе ОМС по сравнению с 2012 г.: врачам – на 22,7% и составила в среднем 24,9 тыс. руб., среднему медицинскому персоналу – на 26,8% и составила в среднем 14,0 тыс. руб., младшему персоналу – на 28,1% и составила в среднем 9,5 тыс. руб.

Проведенные к 2013 г. мероприятия уже позволили подготовить учреждения здравоохранения к условиям

оказания медицинской помощи в соответствии с федеральными порядками и стандартами. Для повышения эффективности деятельности учреждений здравоохранения в сфере обязательного медицинского страхования за счет средств Федерального фонда ОМС в 14 учреждениях завершены ремонтные работы на 48 объектах. Закуплено и поставлено в 15 медицинских организации 49 единиц медицинского оборудования: аппараты ИВЛ, операционная для нейрохирургических и сосудистых операций, комплекс ангиографический с принадлежностями, установка рентгеновская диагностическая, томограф рентгеновский компьютерный с принадлежностями, комплексы для проведения реанимационных мероприятий новорожденным, столы неонатальные реанимационные, рентгеновский аппарат передвижной, инкубаторы ин-

тенсивной терапии для новорожденных, системы реанимационные открытые для ухода за новорожденными, аппараты ультразвуковой диагностики, стационарный комплекс рентгеновский диагностический, флюорограф цифровой малодозовый с принадлежностями, с рентгенозащитной кабиной.

Так же приобретено 70 единиц оборудования по системе ГЛОНАСС. В настоящее время 56 единиц автотранспорта службы скорой медицинской помощи, 11 пунктов дежурно-диспетчерской службы (100% от запланированного объема оснащения) оснащены навигационно-информационным оборудованием ГЛОНАСС и аппаратно-программными комплексами для обеспечения функций мониторингирования.

В рамках мероприятий по информатизации медицинских учреждений закуплено более 594 единиц компьютерной техники, что позволило организовать запись к врачу в электронном виде почти во всех учреждениях здравоохранения. Организация электронной записи пациентов к врачам через Интернет и инфоматы создала более комфортные условия для обращения за плановой медицинской помощью, при этом сокращаются сроки ее ожидания. Еще одним результатом информатизации здравоохранения стала возможность организовать видеоконсультации. В результате значительно расширились возможности для проведения телемедицинских консультаций. Таким образом, приобретение информационного и медицинского оборудования, необходимого для дистанционного консультирования пациентов, позволило приблизить специализированную медицинскую помощь к сельским районам.

В 2012-2013 гг. в сельские населенные пункты дополнительно привлечено 170 молодых специалистов, которым выплачено 157,5 млн. руб. компенсационных выплат за счет средств бюджета Федерального фонда ОМС. В результате укомплектованность врачебными кадрами в медицинских организациях, расположенных в сельской местности, возросла на 15% (с 64 до 79%).

Проводимые мероприятия в рамках Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи и региональной программы модернизации стали основой улучшения основных показателей в здравоохранении, прежде всего сокращения смертности населения от основных причин, в том числе:

– снижение общей смертности на 1,5% (с 13,4 случая на 100 тысяч человек в 2012 г. до 13,2 случая на 1000 человек в 2013 г.);

в том числе:

а) от болезней кровообращения на – 3,7 % (с 825,2 случая на 100 тысяч человек в 2012 г. до 794,5 случая на 100 тысяч человек в 2013 г.);

б) от болезней органов пищеварения – на 3,1% (с 58,3 случая на 100 тысяч человек в 2012 г. до 56,5 случая на 100 тысяч человек в 2013 г.);

г) от дорожно-транспортных происшествий – на 3,4% (с 29,6 случая на 100 тысяч человек в 2012 г. до 28,6 случая на 100 тысяч человек в 2013 г.).

Поздравляем с юбилеем!



Замечательную, красивую дату – 50 летний юбилей – период расцвета зрелости, период становления и профессиональной востребованности отметила директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Адыгея Мариет Сафарбиевна Хагауджева.

После успешного окончания в 1987 году Рязанского медицинского института им. акад. И.П. Павлова Мариет Сафарбиевна Хагауджева в течение 12 лет работала главным врачом Центра Госсанэпиднадзора в Кошехабльском районе Республики Адыгея.

Учитывая высокий профессионализм, ответственность и требовательность в работе, руководством Республики Адыгея была рекомендована в период становления системы обязательного медицинского страхования в Республике Адыгея на должность руководителя одного из крупных филиалов территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Адыгея, где она проработала в течение 4 лет с высокими показателями в работе. После реорганизации системы обязательного медицинского страхования Республики Адыгея, упразднения филиалов, Мариет Сафарбиевна Хагауджева работала успешно на руководящих должностях территориального управления Роспотребнадзора по Республике Адыгея, управления здравоохранения и социальных программ муниципального образования «Город Майкоп».

С 29 июля 2011 года в соответствии с постановлением Кабинета Министров Республики Адыгея назначена директором Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Адыгея.

Благодаря высокому профессионализму, хорошим организаторским способностям Мариет Сафарбиевны Хагауджевой налажено активное, конструктивное и плодотворное сотрудничество со всеми участниками системы обязательного медицинского страхования Республики Адыгея, а также с территориальными фондами обязательного медицинского страхования субъектов по Южному федеральному округу.

За время работы директором Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Адыгея Мариет Сафарбиевна Хагауджева собрала коллектив единомышленников и грамотных специалистов. В руководстве коллективом доминирует не только требовательность и принципиальность, но и толерантное отношение к сотрудникам и умение выслушивать и координировать другие мнения, взгляды.

Как умелый руководитель, Мариет Сафарбиевна способна всесторонне и правильно анализировать состояние страховой медицины, правильно определять причины, отрицательно влияющие на дальнейшее развитие системы обязательного медицинского страхования и здравоохранения Республики Адыгея.

Обладая знаниями, опытом, талантом руководителя, умением находить адекватное решение насущных проблем, грамотно координирует силы и средства на ключевые проблемы системы обязательного медицинского страхования Республики Адыгея.

Многолетний, добросовестный труд Мариет Сафарбиевны Хагауджевой отмечен многочисленными наградами и грамотами.

Она награждена почётными грамотами Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Государственного Совета-Хасэ Республики Адыгея, награждена знаком «Отличник здравоохранения», присвоено почётное звание «Заслуженный работник здравоохранения Республики Адыгея».

Обязательное медицинское страхование и социальная политика в СМИ

Антон Дроздов, председатель правления Пенсионного фонда России: «Государственная пенсия всегда будет маленькой»

В 2013 году пенсионная система не раз серьезно перекраивалась: в конечном счете произошел возврат к зависимости размера пенсии не только от уплаченных взносов, но и от трудового стажа, а также введены повышающие коэффициенты за переработку. О том, помогут ли эти изменения обеспечить достойную старость российским пенсионерам, рассказывает председатель правления Пенсионного фонда России Антон Дроздов.

– Антон Викторович, насколько обоснованы опасения о том, что существующий дефицит в бюджете Пенсионного фонда будет с каждым годом только возрастать?

– Если говорить о доходах и расходах Пенсионного фонда России, то в абсолютных показателях, как планируется, к 2016 году доходы составят около 7,7 триллиона рублей, а расходы – порядка 7,4 триллиона рублей. На сегодняшний день структура расходов вполне предсказуема – 84% приходится на пенсионное обеспечение. В списке источников дохода страховые взносы составляют более трех триллионов рублей – и сбор, как правило, осуществляется с превышением. По итогам года мы также надеемся, что перевыполним сбор страховых взносов на 3,5% по отношению к первоначальному прогнозу и на 14% больше по отношению к прошлому году. Хорошие показатели у ПФР и в части медицинского страхования – опережаем план почти на 10%.

– Будут ли проиндексированы пенсии в наступившем году?

– Индексация пенсий будет произведена по тем же принципам, что и в предыдущие годы. Напомню, что 1 февраля пенсии будут проиндексированы с учетом инфляции, а 1 апреля – с учетом роста доходов Пенсионного фонда. Исходя из имеющегося на сегодняшний день прогноза, в 2014 году индексация трудовых пенсий составит 8,1%, через год – 7,1%, а в 2016 году – 6,6% при условии, что уровень инфляции в стране постепенно снизится до 4,5%. Также принято решение об увеличении жилищной выплаты по уходу за детьми-инвалидами, а материнский семейный капитал вырастет до 468 тысяч в 2016 году.

– Антон Викторович, в последнее время в прессе неоднократно поднимался вопрос как о продлении программы после 2016 года, так и о расширении возможностей использования материнского капитала. В частности, обсуждалась идея, что средства можно направлять на открытие собственного бизнеса. Скажите, стоит ли российским семьям надеяться на расширение возможностей использования сертификата?

– Этот вопрос сейчас рассматривается. Забегая вперед, могу сказать, что Минтруд уже подготовил ряд предложений, но они в основном направлены на расширение

уже принятых направлений использования материнского семейного капитала: жилье и образование. Вопрос с маткапиталом непростой. Повторюсь, сейчас готовится решение о продлении этой социальной программы, высказываются различные мнения на этот счет. В любом случае у законодателей еще есть время подумать над этим до 2016 года. Между тем я хотел бы подчеркнуть, что большая часть сертификатов по-прежнему направляется на улучшение жилищных условий. Однако отмечу и другую тенденцию: полностью использованы только около 25% выданных сертификатов.

– Планируя рождение второго ребенка, семьи, особенно молодые, надеются на получение маткапитала – для многих это является важным аргументом. Какие еще дополнительные стимулирующие меры планируется принять для улучшения демографической ситуации?

– В правительство уже внесено решение, согласно которому еще на полтора года будет увеличен срок ухода за ребенком, в течение которого мать будет получать выплаты из федерального бюджета. Я считаю, что это также является мерой поддержки семей для рождения вторых и третьих детей.

– Как уже известно, в 2013 году страховые взносы для индивидуальных предпринимателей выросли почти до 36 тысяч рублей. В связи с тем, что произошло двукратное увеличение взносов в Пенсионный фонд, предприниматели продолжают сворачивать бизнес или уходить в тень. Получается, что бизнес по закону оказался для предпринимателей непосильным?

– Извините, а что вы предлагаете? Чтобы государство так просто всех содержало? Предприниматели же свои пенсионные права не вырабатывают... Конечно, есть и такой вариант: не платить им социальную пенсию – значит, придется либо рассчитывать только то, что бизнес обеспечит до конца дней, либо переходить в наемные работники. Сейчас во многих странах предприниматели платят полный тариф. У нас же все просто привыкли, что государство их содержит, что тем, кто не работает, выплачивают больничный. Мы понимаем, что принятая система взносов трудна для бизнеса, что малый бизнес в стране необходимо поддерживать. Однако мы исходили из того, что если власти конкретного региона заинтересованы в том, чтобы малый бизнес был, потому что в области экстренная ситуация, нет рабочих мест, то малый бизнес будут субсидировать из бюджета, а предприниматели будут платить минимальный платеж, который обеспечивает пенсионные права. А в противном случае получается ситуация, что предприниматели не выплачивают взносы, но все равно получают субсидии – и что это за экономика такая получается?

– Согласно новой пенсионной формуле государство стремится стимулировать россиян к более позднему выходу на пенсию. Так, если пять лет работаешь, не получая

пенсию, ее размер возрастает чуть ли не в полтора раза. Однако есть такой нюанс: чтобы «отбить» эти пять лет дополнительного стажа, человеку надо прожить после выхода на пенсию хотя бы десять лет. А мужчины и сегодня нередко не доживают до 65 лет. Как быть с этим?

– Во-первых, мужчины стали жить дольше, так что женщины могут не переживать. (Смеется.) Я надеюсь, что через десять лет, когда пенсионная система окончательно заработает, российские мужчины будут жить еще дольше, если, конечно, будут приниматься меры по здравоохранению, по технике безопасности на производстве и другие меры. Если серьезно, я скажу очень простую вещь. Те самые «недополученные» деньги вы на пенсии сможете получить максимум в течение пяти-семи лет.

– Антон Викторович, этот год для Пенсионного фонда, для россиян стал знаковым: пенсионное законодательство менялось практически каждый день. Даже мы, журналисты, порой не успевали отслеживать поправки, а многие россияне сейчас отказываются воспринимать пенсионное законодательство и разбираться, опять-таки ссылаясь на стремительность перемен. Как можно побудить задуматься о будущей пенсии?

– Как говорится, колхоз – дело добровольное. На мой взгляд, стоит донести до граждан простые истины. Первое – это то, что государственная пенсия всегда будет маленькой. Максимум – 40 процентов от средней заработной платы. Второе – это то, что работник должен получать белую зарплату и следить за тем, чтобы предприятие своевременно перечисляло страховые взносы. И третье – необходимо самостоятельно стараться разобраться: каким будет размер будущей пенсии, как можно его увеличить? Тем, кто этого не понимает, я рекомендую обратиться за консультацией в Пенсионный фонд, продумать свою пенсионную стратегию. Это как медицинский осмотр – никому не помешает. Если жить только сегодняшним днем, сами знаете, чем это обычно заканчивается.

– *Можно ли надеяться на то, что через пять-десять лет российские пенсионеры будут так же счастливы, как и иностранные?*

– Представление о счастливых западных пенсионерах, которые все такие довольные и ухоженные высыпает из туристического автобуса, – это миф. Я специально интересовался пенсионной системой в развитых странах. Так, в Германии, Франции средняя государственная пенсия – тысяча евро, в странах Восточной Европы еще ниже – 850 евро – и это при их уровне заработной платы. Однако при этом стоит учесть, что к моменту выхода на пенсию у них уплачена медицинская страховка. Во-вторых, выплачен ипотечный кредит на дом. В-третьих, практически все европейские пенсионеры участвуют в добровольном страховании жизни, хранят существенные накопления на депозите в банке. Таким вот образом западные пенсионеры и живут. Не совсем правильно утверждать, что они так просто сидят, а государство им выплачивает такую огромную пенсию, что они могут путешествовать по миру и ни в чем себе не отказывать.

Dengi.ufa1.ru, Уфа, (09.01.2014)

Территория любви

Академик Лейла Адамян: суррогатное материнство – деликатная научная проблема, а не тема для пересудов

В Москве открывается международный конгресс, посвященный насущным проблемам акушерства и гинекологии. Накануне корреспондент «РГ» встретился с главным акушером-гинекологом Минздрава России, заслуженным деятелем науки, заместителем директора Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии имени Кулакова академиком Лейлой Адамян. Наш разговор сугубо по делу, которому Адамян служит уже 42 года. Служит в одном и том же учреждении – том самом центре, в котором она теперь замдиректора по науке, а начинала после окончания Первого Московского медицинского института младшим научным сотрудником. Она так и говорит: «Служу». Не говорит: «Работаю».

Лейла, сейчас звучат предложения о том, что для решения проблем демографии целесообразно запретить аборт, если они не вызваны медицинскими показаниями, ввести налог на семьи, в которых один ребенок. Как вы, главный акушер-гинеколог страны, относитесь к таким предложениям?

Лейла Адамян: Насильственными методами ничего не достичь. Насильно мил не будешь. Любой запрет вызывает обратную реакцию. Куда важнее философия поощрения и создания условий для повышения рождаемости, ухода за собственными детьми. Уход за детьми и работа в доме должны быть приоритетными. Тогда сама собой возникнет мотивация увеличения численности собственной семьи, сохранения беременности, стремления к созданию полноценной семьи: он, она и трое детей. Только так можно решать проблему демографии.

Что бы там ни говорили, сегодня здравоохранение нашей страны движется именно в этом направлении. Мы свидетели пусть небольшого, но роста рождаемости, снижения материнской и перинатальной смертности. И это несмотря на то, что впервые наша страна пошла по пути цивилизации – регистрации пятисотграммовых младенцев. Честно говоря, мы не очень верили в то, что с этой проблемой, проблемой рождения и выхаживания младенцев с экстремально низким весом, сможем справиться.

Почему же все-таки столь часты малый вес младенца, недоношенность? Преждевременные роды?

Лейла Адамян: Тут много проблем и медицинских, и социальных. Причем не только в нашей стране – во всем мире, в том числе и в очень развитых странах. Это и ставшее модным позднее замужество – после решения всех образовательных, карьерных, социальных, экономических вопросов. Это и результат большого числа воспалительных болезней, перенесенных в юношеские годы, аборт.

Все это пагубно влияет на репродуктивную систему. И если беременность наступает уже в позднем репродуктивном возрасте, к тому же у женщин, которые к этому времени перенесли или страдают генитальными и общими, в том числе эндокринными, сердечно-сосудистыми болезнями, у которых снижен иммунитет, то вынашивание беременности становится проблемой. Каждое из заболеваний

вносит свой негативный вклад в качество жизни будущей мамы.

Это констатация общеизвестных фактов. А что им противопоставить?

Лейла Адамян: Здоровый образ жизни.

Банальный ответ. Не пить, не курить, заниматься физкультурой. Знаем, проходили. Малодейственная мера.

Лейла Адамян: Ошибаетесь! Это факторы, которые не только необходимы для гармоничного развития человека, формирования его личности, но они и фундамент для будущей надстройки, которая называется репродуктивным здоровьем. А от него, без преувеличения, зависит все. Но мы реалисты. И потому должна сказать, что уж коли есть проблемы с репродуктивным здоровьем, то их в наше время можно успешно решать.

Как? Посредством ЭКО, суррогатного материнства?

Лейла Адамян: Вы слишком далеко заходите. Это меры крайние, когда остальные методы невозможны или неэффективны. Начну с моей любимой хирургии.

В акушерстве двойная ответственность. Здесь речь о двух жизнях. Моя церковь, мой храм – операционная.

Тут вы бог. Как-то была свидетелем одной вашей операции, когда молодой женщине, с которой жестоко обошлась природа, вы мастерски помогли.

Лейла Адамян: Подобных случаев много. И счастье, что сегодня мы с этим справляемся. Я с первых дней своей службы была у истоков восстановительной хирургии в гинекологии. Горжусь тем, что владею всеми возможными ее методами. Я не только свидетель, но и участник, и создатель новейших методик в медицине. Современные хирургические технологии позволяют почти бескровно помочь большинству женщин, страдающих бесплодием, обрести радость материнства. Тем, у кого тяжелые пороки развития, можно выполнить реконструктивную операцию с полным восстановлением половой и репродуктивной функции. Подобно той, что вы сами наблюдали в нашей операционной.

И даже если у женщины опухоль?

Лейла Адамян: Это ныне тоже не приговор. Мы можем удалить любую опухоль – кисту яичника, миому матки – и при этом не только сохранить сам орган, но и его функции.

Даже если опухоль злокачественная?

Лейла Адамян: Даже и в этих случаях с помощью минимально инвазивных (без разреза) технологий можно выполнить операцию, позволяющую в ряде случаев сохранить репродуктивный потенциал. Это особенно актуально для молодых женщин. Я имею в виду возможность криоконсервации яичника, то есть сохранение ткани яичника в замороженном виде для будущего получения потомства с помощью ЭКО. Все эти технологии предложены и успешно используются в нашем центре.

Но не только же в вашем?

Лейла Адамян: Конечно! Все разработанное в центре внедряется на территории страны. Мы учим специалистов, проводим индивидуальные курсы, мастер-классы. Уже обучено более 15 тысяч врачей из разных регионов. И, наконец, демонстрации всего нового на международных конгрессах.

Сколько вы их провели?

Лейла Адамян: Открывающийся 20 января будет 37-м. Он посвящен актуальным вопросам современной репродуктивной медицины. Заявки на участие в нем подали 47 мировых светил в нашей области.

Лейла Владимировна, можете обозначить самые острые, нерешенные проблемы сохранения репродуктивного здоровья? Что надо решать, не откладывая в дальний ящик?

Лейла Адамян: В вопросах акушерства это преждевременные роды и выхаживание младенцев с экстремально малым весом. В вопросах гинекологии проблема эндометриоза, который загадка века, обретающая все большую агрессивность, поражающая все большее количество молодых женщин и повинное в бесплодии и страшных болях. А в вопросах демографии... Нужно привлечь внимание к половому воспитанию подрастающего поколения, к профилактике аборт и восстановлению репродуктивной системы, в том числе и с помощью ЭКО.

А суррогатное материнство?

Лейла Адамян: Это лишь часть проблемы. Но сбрасывать ее со счетов ни в коем случае нельзя. И прибегать к суррогатному материнству надо в тех случаях, когда невозможно вынашивание дитя собственным организмом. Или когда имеются к этому общемедицинские противопоказания. Например, заболевание матки или ее отсутствие, пороки развития, тяжелые болезни сердца и сосудов, другие заболевания, которые противопоказаны для беременности вообще.

Я только хочу подчеркнуть: ЭКО, суррогатное материнство, иные методы восстановления репродукции не вносят заметного вклада в решение проблем демографии. Они решают лишь частные проблемы конкретной семьи и порой носят очень интимный характер. И относиться к этим проблемам надо как к научно-медицинским, а не как к нравственным. Это современная медицинская практика, помогающая обрести радость материнства тем, кто ее по каким-то причинам не может получить естественным путем.

Что для вас акушерство, гинекология? Обязанность, удовольствие, способ самоутверждения?

Лейла Адамян: Это самое благородное, что может у человека быть. Я эту миссию выполняю как некое веление Бога. В акушерстве двойная ответственность. Здесь речь о двух жизнях. Моя церковь, мой храм – операционная. Там для меня существует только пациент, который доверил мне свою судьбу, жизнь. Для него я должна сделать все, что могу.

Лейла, у вас не самый жестокий для женщины юбилей. Вы бабушка пятерых внуков. Ощущаете тяжесть прожитых лет?

Лейла Адамян: Я счастлива. Живы, здоровы мама, сестра, которых очень люблю. Дочери Ася и Агнесса – врачи. Сказать, что люблю внуков, значит не сказать ничего. Обожаю. И каждое утро я раньше всех прихожу на свою работу...

Российская газета, Москва,
(17.01.2014)

Лист ожидания

Почти в двадцать раз уменьшилась смертность среди тех, кто ждет пересадку сердца. Встреча с директором центра имени Шумакова Сергеем Готье.

Более 1000 россиян каждый год нуждаются в пересадке сердца. До последнего времени их проводилось чуть более ста. А вот теперь только в одном Центре трансплантологии и искусственных органов имени Шумакова за год было проведено 102 пересадки сердца. Это впервые в России. Рекорд? Как стало такое возможным? С этим вопросом корреспондент «РГ» обратилась к директору центра, главному трансплантологу Минздрава России академику РАН Сергею Готье.

Сергей Владимирович, это факт из ряда вон или такое по плечу другим клиникам?

Сергей Готье: С одной стороны, действительно, во всяком случае пока, факт из ряда вон. Ни один центр трансплантологии в мире такого количества пересадок сердца не выполняет. И мы шли к такому результату не один год. Так, в 2012 году сделали 68 пересадок. А парижский центр имени Помпиду – 85. Это был рекорд Европы.

Сергей Готье: Во всяком случае, трансплантология во Франции на высочайшем уровне. Но вернусь к нашей теме. Хочу объяснить, как удалось прийти к таким результатам. Это стало возможным, потому что наш центр – средоточие всех последних достижений в области пересадки органов. У нас трудятся специалисты мирового экстра-класса. Поэтому именно в наш центр устремлен основной поток пациентов, которым требуется такая операция. Это пациенты от 14 до 74 лет. Мы в состоянии длительно поддерживать жизнь пациента в ожидании подходящего органа. А еще владеем всеми методами реабилитации на ранних и поздних сроках после трансплантации.

Многие беды трансплантологии – следствие недостатка донорских органов. Насколько мне известно, это проблема не обходит стороной и ваш центр.

Сергей Готье: Вы правы. К сожалению, это беда всей российской трансплантологии. Но нам совместно с департаментом здравоохранения Москвы удалось создать оптимальную модель органного донорства по опыту европейских стран.

Только в одном Центре имени Шумакова за год было проведено 102 пересадки сердца.

И вам удалось добиться, что каждый, для кого пересадка сердца – единственный шанс на жизнь и кто состоит в листе ожидания, получает такой шанс?

Сергей Готье: Почти так. За последний год летальность в листе ожидания – 1,2 процента. Раньше было 20 и более процентов.

102 пересаженных сердца – такое возможно лишь в вашем центре?

Сергей Готье: Мы не делаем секретов из своего опыта. Мы абсолютно открыты. И очень надеемся, что уже в ближайшее время утратим свою исключительность.

А как закончилась почти рождественская история той 16-летней Ани из Подмосковья, которую 6 января уже этого года срочно перевели из МОНИКИ к вам в центр?

Сергей Готье: До конца она еще не закончилась. Хотя перед старым Новым годом Аню перевели из реанимации, в которой она находилась после пересадки сердца, в обычную палату. Девушке, конечно, повезло – она погибала от сердечной недостаточности. Ожидание пересадки для нее было смертельно опасным. И случилось так, что в этот момент оказалось подходящее донорское сердце. А еще эта рождественская история свидетельствует: трансплантация сердца в нашей стране возможна даже по экстренным показаниям.

*Российская газета, Москва,
(17.01.2014)*

Шойгу принял решение о бесплатном обслуживании ветеранов ВОВ в медучреждениях Минобороны

Министр обороны России генерал армии Сергей Шойгу с целью улучшения мер социальной поддержки участников Великой Отечественной войны принял решение об оказании им бесплатной помощи в военно-медицинских организациях его ведомства по программам обязательного медицинского страхования. Об этом сообщили сегодня ИТАР-ТАСС в Управлении пресс-службы и информации Минобороны РФ.

«В соответствии с решением главы военного ведомства, с 1 января 2014 года участники Великой Отечественной войны получили право на обслуживание в военных госпиталях министерства обороны Российской Федерации. Данная мера социальной поддержки распространяется на всех участников Великой Отечественной войны, вне зависимости от наличия законодательного права на бесплатную медицинскую помощь в военно-медицинских организациях Минобороны России. Соответствующие указания уже направлены во все военно-медицинские учреждения. При этом врачебному и сестринскому персоналу предписывается оказывать медпомощь участникам Великой Отечественной войны в первоочередном порядке», – отметили в Минобороны.

Для реализации права на бесплатное медобслуживание участникам Великой Отечественной войны необходимо обратиться в ближайшую к месту жительства медицинскую организацию Минобороны России. По данным Главного военно-медицинского управления военного ведомства, «эта мера распространяется на 330 тысяч ветеранов Великой Отечественной войны».

*ИТАР-ТАСС, Москва,
(29.01.2014)*

Людмила Катаргина: «У детей трудно вовремя распознать болезни глаз»

Детские проблемы со зрением всегда были предметом особой заботы взрослых. Тем не менее многие болезни глаз выявляются у детей ближе к школьному возрасту, подчас с большим опозданием. Почему это происходит? Слово – главному детскому офтальмологу Минздрава РФ,

заместителю директора по научной работе и руководителю отдела патологии глаз у детей НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, заслуженному врачу России, профессору, доктору медицинских наук Людмиле Катаргине.

Новые вызовы

Татьяна Гурьянова, «АиФ. Здоровье»: Людмила Анатольевна, с какими проблемами у маленьких пациентов чаще всего приходится сталкиваться вам и вашим коллегам?

Людмила Катаргина: Чаще всего в детском возрасте встречаются различные рефракционные нарушения (близорукость, дальнозоркость высоких степеней, астигматизм), а также связанные с ними содружественное косоглазие, амблиопия («ленивый глаз». – Ред.).

Существует также большая группа врожденных заболеваний, которые проявляются с первых месяцев жизни, – врожденная глаукома и катаракта, опухоли сетчатки, различные комбинированные аномалии зрения. Несмотря на то что в общей структуре заболеваемости детей эти болезни очень редки, именно они являются основными причинами слепоты, слабовидения, резких нарушений зрения.

В последнее время активно заявила о себе другая проблема – ретинопатия недоношенных детей (тяжелое заболевание глаз, сопровождающееся изменениями в сетчатке, которые могут привести к потере зрения. – Ред.).

– Это связано с недавним переходом России на новые критерии регистрации и выхаживания новорожденных весом от 500 грамм?

– Да. Но это не только проблема нашей страны. С ней давно столкнулись и в Америке, и в Японии, и в Европе.

– У нас она как-то решается?

– Конечно. Минздрав России и различные государственные органы уделяют этому большое внимание. Создаются специальные программы (образовательные, лечебные), два года назад из Президентского фонда были выделены средства на приобретение оборудования для выхаживания и лечения глубоко недоношенных детей с ретинопатией недоношенных, включая диагностическое, лазерное и хирургическое оборудование.

– Есть результаты?

– Есть. Если раньше почти любая ретинопатия заканчивалась грубыми нарушениями со стороны глаза и снижением зрения, то сейчас детям, у которых вовремя выявлена эта патология, удается спасти зрение. В том числе – и с помощью современных лазерных технологий.

Больших успехов мы достигли и в лечении врожденной катаракты. Современное хирургическое оборудование (микроскопы с высоким разрешением, специальные, приспособленные для детского глаза инструменты, эластичные искусственные хрусталики, имплантируемые через малый разрез), которым оснащены ведущие офтальмологические клиники нашей страны, позволяют нам делать практически все.

– Представляю, сколько желающих попасть к вам в институт! Это возможно?

– Вполне. И хоть сейчас мы, как и многие лечебные учреждения нашей страны, находимся на этапе перехода к одноканальному финансированию (через фонд ОМС),

пока мы работаем по квотам на высокотехнологичную, специализированную помощь и принимаем детей с самыми тяжелыми формами заболеваний глаз со всей России.

Главное – успеть

– Не секрет, что в лечении глазных болезней у детей очень важна своевременная диагностика...

– А если идет речь о таких заболеваниях, как врожденная глаукома или опухоли сетчатки, счет может идти на месяцы и даже недели и дни.

– Тем не менее маленькие пациенты нередко попадают к врачу-офтальмологу с большим опозданием...

– Увы. Дело в том, что многие болезни глаз у детей трудно распознать. Маленький ребенок не может пожаловаться, да и к качеству зрения он не предъявляет столь высоких требований, как взрослые. Хорошо, если заболевание сопровождается покраснением, болью. Тогда мама или другие родственники малыша, заметив это, обращаются к врачу.

Но большое число болезней глаза протекает без всяких внешних проявлений. До тех пор, пока в нем не произойдут существенные изменения, которые ведут, скажем, к снижению зрения или появлению таких заметных признаков, как изменение цвета и формы зрачка, увеличение глаза в размере и т.д. Мы часто сталкиваемся с ситуацией, когда, к примеру, папа с ребенком пошли в тир. Прицелившись, ребенок закрывает по очереди глаза, и вдруг выясняется, что один глаз у него не видит.

– А как же диспансеризация? Ведь по нормативам дети должны регулярно посещать офтальмолога...

– Однако это происходит не так регулярно, как хотелось бы. Вы наверняка слышали о том, что у нас в медицине имеется дефицит узких специалистов. В том числе офтальмологов. Если же говорить о детских специалистах, то это дефицит в квадрате. Дело в том, что детская офтальмология у нас не выделена в отдельную специальность, несмотря на большие различия в течении, диагностике и лечении заболеваний глаз у детей и взрослых. С детьми вообще работать труднее, поэтому при дефиците кадров отток в первую очередь идет из детской офтальмологии.

Большие потери наша служба понесла в 90-е годы, когда на волне перестройки стали закрываться специализированные детские сады, сократилось число детских глазных коек в стационарах, увеличилось число смешанных офтальмологических приемов в поликлинике детей и взрослых.

Сейчас то, что было разрушено, возрождается. Минздрав РФ создал службу главных детских офтальмологов. Такой специалист теперь есть в каждом регионе. И у нас появилась возможность координировать работу наших коллег и быстрее внедрять на местах все необходимое.

Но дефицит кадров в детской офтальмологии – по-прежнему проблема номер один. Те, кто работает в этой профессии, испытывают колоссальную нагрузку. Попробуйте за 10 минут, выделенных на осмотр, выслушать жалобы мамы, осмотреть ребенка, а потом еще и оставить в его истории болезни соответствующую запись!

– Не говоря уже о том, что многие детки, как огня, боятся осмотров...

– Да еще и хитрят! Особенно маленькие. Стараются изо всех сил доказать, что они хорошо видят. Хотя по всем признакам этого быть не должно. Так что, когда мы говорим о диспансеризации у детей, это нередко имеет весьма относительное значение.

К тому же заболевание может развиваться и за месяц. Особенно внутриглазное воспаление (кератит, увеит и т.д.), толчком к возникновению которого может стать любое простудное заболевание. Вот и выходит: посмотрели ребенка в сентябре, а в ноябре-декабре он уже заболел. И время, которое он будет вне поля зрения специалиста, будет играть против него.

В здоровом теле...

– Другой бич нашего времени – зрительные перегрузки. Компьютер, телевизор, планшеты, электронные дневники... Факторов, провоцирующих снижение зрения у детей, хоть отбавляй. Результат печален: если раньше близорукость впервые выявляли в школьном возрасте, теперь ее нередко находят у совсем крошек...

– Избыточная зрительная нагрузка – важный компонент развития зрительных расстройств. Но, говоря о проблемах со зрением, нельзя исключать и другие факторы. И в первую очередь – наследственность.

Еще один серьезный фактор – гиподинамия, которая ведет к нарушению трофики (совокупность процессов клеточного питания. – Ред.) всего организма. Одно дело, если ребенок сидит с гаджетом целый час, а потом идет на улицу играть в хоккей. Другое – если после этого он переключается на другую зрительную работу. Хорошего здесь не жди.

– Кстати, о гаджетах. Как, по-вашему, опасны они для детского зрения?

– Они могут вызвать зрительное утомление у ребенка в силу целого комплекса технологических особенностей этих устройств, которые негативным образом воздействуют на зрительную систему. Но прогресс нельзя остановить. Поэтому, пользуясь гаджетами, важно соблюдать некоторые правила.

– Какие?

– Хотя бы выставлять больший размер шрифта. И, конечно, работу с электронными устройствами (которые, по возможности, должны быть качественными) нужно дозировать. Ребенок не должен пользоваться ими более полутора часов подряд.

– А еще что посоветуете родителям?

– Внимательнее наблюдать за ребенком после тяжелых травм, простудных заболеваний, на фоне которых могут возникнуть различные проблемы со зрением. При малейших опасениях обязательно обратиться к офтальмологу.

*Аргументы и факты, Москва,
(30.01.2014)*

СПЧ предлагает включить тюремную медицину в систему ОМС

Совет при президенте РФ по правам человека (СПЧ) предлагает включить тюремную медицину в систему обя-

зательного медицинского страхования и в госпрограмму по здравоохранению, сообщил РИА Новости глава СПЧ Михаил Федотов. В четверг состоялось расширенное заседание комиссии СПЧ по содействию общественным наблюдательным комиссиям (ОНК), в котором приняли участие представители профильных ведомств, в частности, замдиректора ФСИН Николай Колесник, зампреда СКР Александр Федоров, замминистра здравоохранения Татьяна Яковлева, советник руководителя Роструда Дмитрий Чунарев. Также в обсуждении участвовали уполномоченный по правам человека в РФ Владимир Лукин, правозащитники, представители ОНК из разных регионов страны.

«Представитель Минздрава горячо поддержала предложение Совета по переводу всей тюремной медицины на систему обязательного медицинского страхования и по включению тюремной медицины в государственную программу по здравоохранению», — сказал глава СПЧ.

По его словам, представитель Генпрокуратуры дал понять, что ведомство рассчитывает на тесное сотрудничество с членами ОНК. Участники заседания обсудили вопрос о том, как очистить учреждения исполнения наказаний от случаев коррупции, унижений, избиений заключенных, сообщил Федотов.

«Ставился вопрос о том, чтобы создать некую группу оперативного реагирования, включающую представителей Совета и профильных ведомств, чтобы можно было в сжатые сроки проверять острые сигналы из тех регионов, в которых ОНК недостаточно эффективны. Эти вопросы нуждаются еще в проработке», — сказал глава Совета.

Участники заседания, кроме того, высказали мнение, что действующий закон об общественном контроле за соблюдением прав человека в местах принудительного содержания нуждается в корректировке. В частности, в СПЧ предлагают распространить его действие на конвойные помещения судов, поскольку участились сигналы об избиении в этих помещениях подсудимых.

«В последнее время участились сигналы о том, что в этих помещениях подсудимые подвергаются насилию. Чтобы этого не допускать, нужно внести изменения в закон и дать возможность членам общественных наблюдательных комиссий посещать эти помещения. Я думаю, что также надо установить там камеры видеонаблюдения и дать возможность членам общественных наблюдательных комиссий знакомиться с записями», — заявил Федотов.

*РИА Новости, Москва,
(31.01.2014)*

Росздравнадзор: сговор врачей и фармбизнеса будет караться штрафом

О том, какое наказание ждет главврачей за сокрытие от пациента информации о бесплатных медуслугах и чем чревато для медиков сотрудничество с фармкомпаниями, а также какие препараты чаще подделываются и какие учреждения ими пользуются, в интервью РИА Новости рассказал исполняющий обязанности руководителя Росздравнадзора Михаил Мурашко.

Почти половина всех жалоб, которые поступили в Росздравнадзор в прошлом году, приходится на неудовлетворительное качество лечения. Вместе с тем в стране уже появились медицинские учреждения, где дежурный администратор способен решить практически все спорные вопросы. О том, какое наказание ждет главврачей за сокрытие от пациента информации о бесплатных медуслугах и чем чревато для медиков сотрудничество с фармкомпаниями, а также какие препараты чаще подделываются и какие учреждения ими пользуются, в интервью специальному корреспонденту РИА Новости Татьяне Степановой рассказал исполняющий обязанности руководителя Росздравнадзора Михаил Мурашко.

— Михаил Альбертович, у Росздравнадзора с этого года расширились полномочия, расскажите о них подробнее.

— В прошлом году были внесены изменения в российское законодательство, которые касаются того, что Росздравнадзор теперь наделен полномочиями по рассмотрению и вынесению решения по административным правонарушениям самостоятельно, а не через судебную систему. Список правонарушений, которые вправе контролировать Росздравнадзор, довольно большой. Новеллой, в частности, стали проверки нарушений в части обращения медицинских изделий. Мы в прошлом году выявили более 100 тысяч единиц незарегистрированных медизделий как низкого, так и высокого класса риска — стоматологические имплантаты, стерильные медицинские изделия. Нужно также отметить, что клиники, занимающиеся экстракорпоральным оплодотворением (ЭКО), также используют незарегистрированные расходные материалы, в частности, катетеры. Часто используются незарегистрированные медицинские изделия в косметологии. Все эти изделия, которые были выявлены в ходе проверок, не прошли процедуру подтверждения качества, безопасности и эффективности на территории России.

Еще одна сфера, которая попала под контроль Росздравнадзора с нынешнего года, — это запрет на сотрудничество медицинскими и фармацевтическими работниками с фармпроизводителями и фармдистрибьюторами. Теперь существует законодательное ограничение, которое связано с получением вознаграждения за выписку тех или иных препаратов с торговыми наименованиями, привязанное к конкретному производителю. Также медработникам запрещается участвовать в культурно-развлекательных мероприятиях, участвовать в ужинах, ездить на отдых и на конференции, которые спонсированы фармкомпаниями. Если организован кофе-брейк в рамках научно-практической конференции, то это допускается. Но для этого фармацевтические, аптечные организации должны уведомить Росздравнадзор о проведении конференции за два месяца: необходимо заполнить заявку о том, кто выступает организатором мероприятия, обозначить место его проведения, ознакомить с программой. Такие уведомления, кстати, уже стали к нам поступать.

У нас изначально были предложения о том, что ответственность должна быть не только медиков и фармацевтов, но также фармацевтических компаний и тех посредников,

через которые они работают. Пока в законодательстве этого нет. Но я думаю, что это будет исправлено.

— Какие штрафные санкции предусмотрены за незаконное сотрудничество врачей с фармкомпаниями?

— Штраф для врача составляет от 3 до 5 тысяч рублей, для руководителя медицинской организации — от 5 до 10 тысяч рублей, для индивидуального предпринимателя — от 3 до 5 тысяч рублей. За повторное нарушение по данной статье предусмотрен не только штраф, но и дисквалификация сроком на полгода.

— Что касается фармацевтов и провизоров в аптеках — как они теперь должны вести себя с покупателями?

— Сегодня рецепты на лекарства выписываются по международному непатентованному наименованию (МНН), а не торговому названию. Поэтому аптечный работник обязан предложить покупателю на выбор несколько препаратов, в том числе и с наименьшей ценой.

— С какими жалобами чаще всего обращаются в Росздравнадзор: на некачественное лечение или на отсутствие лекарств?

— В прошлом году в Росздравнадзор поступило более 17 тысяч жалоб. Около половины из них касается качества лечения, на втором месте жалобы на лекарственное обеспечение — около 12%.

Надо сказать, что жалобы на необеспечение препаратами в больницах сегодня стали единичны. Если раньше родственники сломя голову бежали и искали препарат для пациента, который попал в больницу, то теперь в стационарах есть практически все.

Также единичны жалобы на обеспечение препаратами из высокочувствительных нозологий. В амбулаторном звене среди льготной категории граждан также наметилась положительная тенденция. Но есть проблемы с обеспечением лекарствами больных, которые страдают орфанными заболеваниями. Мы понимаем, что лечение этих пациентов дорогое и не все региональные бюджеты способны обеспечивать таких пациентов необходимыми препаратами. Поэтому сейчас обсуждается вопрос о том, чтобы передать часть этих полномочий от регионов на федеральный уровень.

Считаю, что основная масса жалоб, которая возникает при оказании медицинской помощи, обязана решаться на месте, в медицинской организации. Как правило, такие жалобы носят организационный характер или связаны с этикой и деонтологией медицинского работника. Поэтому мы сейчас настаиваем на том, чтобы в медицинских организациях размещался не огромный стенд с указанием платных услуг, а стенд, где будет указан дежурный администратор и его телефон.

Согласитесь, что у нас не возникает желания писать жалобы министру или президенту при возникновении каких-то проблем в гостинице, например. Как правило, мы идем к дежурному администратору, который решает все проблемы. Возможно, подобное сравнение не совсем равноценно, но такая же система должна быть создана в каждом медицинском учреждении. Надо сказать, что сегодня ряд территорий уже пошли по этому пути, в том чис-

ле и в Москве.

— Михаил Альбертович, сейчас активно обсуждается вопрос платной и бесплатной помощи. Как пациенту узнать, что ему положено бесплатно, а за что ему придется заплатить?

— С этого года появилось наказание за информирование пациентов об объеме бесплатной помощи: если в холле медицинского учреждения отсутствует информация о бесплатных медицинских услугах или же эта информация не размещена на официальном сайте организации, то за это предусмотрены административные наказания. Руководство медучреждения, которое оказывает помощь в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий, обязано четко прописать, какие услуги предоставляются бесплатно. Не просто повесить на стене программу госгарантий, из которой пациенту, как правило, ничего не понятно, а разместить на видном месте именно список бесплатных медицинских услуг.

— А если в медицинской организации нет такой информации?

— За это в законодательстве предусмотрено административное взыскание. Размер штрафа для должностных лиц составляет от 5 до 7 тысяч рублей, для юридических лиц — от 10 до 20 тысяч рублей.

— Сейчас много разговоров о том, что наш фармацевтический рынок заполнили неэффективные, некачественные, фальсифицированные лекарства. Это соответствует действительности?

— Давайте сначала разберемся, что значит эффективные и неэффективные лекарства. Во-первых, не должно быть никакого самолечения. Часто мы сталкиваемся с ситуацией, когда человек по совету друзей или фармацевта покупает самостоятельно в аптеке препарат (к примеру, антибиотик при простудном заболевании), который ему не помогает, и сразу же решает, что приобрел фальсификат. Но ведь это не соответствует действительности: просто пациенту нужно было принимать другое лекарство совершенно другого спектра действия.

Кроме того, не стоит забывать еще и о фармакогенетике — всем известно, что один и тот же препарат по-разному воздействует на людей, потому что существует индивидуальная чувствительность.

Что же касается недоброкачественных и фальсифицированных препаратов, то по нашей статистике их не больше 1%. Но для того, чтобы четко контролировать рынок и выявлять фальсификат, нужно вернуть внезапные проверки. Сегодня по законодательству мы обязаны даже при внеплановой проверке, по жалобе пациента, за сутки уведомить продавца, производителя или дистрибьютора о своем визите. Но это же абсурд, и сегодня большинство депутатов это понимают.

Мы надеемся, что соответствующие изменения в законодательство будут внесены.

Кроме того, необходимы и проверки самих производителей на предмет качества производимых ими лекарственных средств, в том числе и за рубежом.

— Какие препараты чаще всего подделывают?

— Раньше часто попадались поддельные препараты, которые пользуются наибольшим спросом у населения. Сегодня стали подделывать дорогостоящие лекарства. Например, сейчас идет судебный процесс по организаторам производства фальсификата противоопухолевых препаратов. То есть подделываются лекарственные средства, которые реально влияют на жизнь человека: они не оказывают ожидаемого эффекта, и пациент, соответственно, не получает жизненно важной терапии и лечения.

— Может ли фальсифицированный препарат попасть в медицинские учреждения?

— Тот противоопухолевый препарат, по которому сейчас идет судебный процесс, как раз попал в стационарное звено. То есть в партию доброкачественного препарата подмешивался фальсифицированный. Поэтому мы и говорим о необходимости ввода системы внезапных проверок.

РИА Новости, Москва,
(03.02.2014)

Андрей Каприн: «Победить рак можно только в содружестве больного с врачом»

Ежегодно в России регистрируется около 480 тыс. впервые выявленных случаев злокачественных новообразований, смертность от которых среди прочих причин ухода из жизни у нас в стране занимает одно из первых мест. Что может противопоставить этому отечественная онкология? Справляются ли врачи с таким наплывом больных? Слово — директору Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена Минздрава России, члену-корреспонденту РАМН, профессору, доктору медицинских наук Андрею Каприну.

Маленькие победы

Татьяна Гурьянова, «АиФ. Здоровье»: Андрей Дмитриевич, сейчас российское здравоохранение претерпевает глобальную реорганизацию. Как она отразилась на онкологической службе? Стала ли она более доступной?

Андрей Каприн: Мне кажется, стала. Я много езжу по регионам. И вижу, что благодаря модернизации многие региональные онкодиспансеры очень хорошо оборудованы. Некоторые — не хуже ведущих институтов. Хабаровск, Казань, Воронеж, Нижний Новгород, Омск — в этих и ряде других регионов онкологическая помощь населению находится на довольно высоком уровне. И запущенных больных оттуда поступает значительно меньше.

Повысилась и ранняя выявляемость онкологических заболеваний. Анализируя канцеррегистр, отражающий статистические данные по онкологии в нашей стране, который наш институт ведет с 1980 года, в последнее время с удовлетворением замечаю, что по некоторым видам онкозаболеваний при приросте почти на 130% смертность от них падает.

— Тем не менее в подавляющем большинстве случаев онкологические заболевания у нас диагностируются на очень поздних стадиях...

— Да, проблемы тут есть. Врачам первичного звена не

хватает специальных знаний, для того чтобы вовремя направлять пациентов к онкологам. В связи с этим наш институт, который является головным онкологическим методическим центром, планирует выпускать в помощь врачам и пациентам методические рекомендации из серии «Беседы о болезни». В этих книжках, которые мы будем распространять в поликлиниках, пациенты в популярной, доступной форме смогут узнать о том, как вовремя распознать то или иное злокачественное заболевание. Ведь, если оно будет выявлено на ранней стадии, мы сможем подарить больному 10–25 лет полноценной жизни.

С этой же целью наш институт проводит и другие, на мой взгляд, очень полезные мероприятия – дни открытых дверей, где наши специалисты абсолютно бесплатно обследуют всех желающих. У нас уже был день открытых дверей по онкологическим заболеваниям костного скелета, кожи, раку молочной, предстательной железы. Пока для жителей разных округов Москвы. Затем то же самое мы планируем проводить и для жителей других регионов.

На базе нашего института по приказу Минздрава РФ создан и Национальный центр по онкологии репродуктивных органов, в который может обратиться, к примеру, не только женщина с подозрением на рак молочной железы, но и ее муж – для обследования, скажем, на рак железы предстательной.

О приоритетах

– *Возглавляемый вами институт – один из старейших в Европе. Его директором вы стали не в самое простое для него время. Как вы оцениваете его потенциал?*

– Очень высоко. Наш институт находится под пристальным патронажем министра здравоохранения Вероники Игоревны Скворцовой. Для нее вопросы, связанные с онкологической службой, являются приоритетными. Наш институт хорошо оснащен, в нем очень работоспособный, поистине уникальный коллектив.

– *В работе института есть приоритеты?*

– Мы оказываем необходимую медицинскую помощь пациентам с практически любыми локализациями опухолей, принимая на лечение самых тяжелых больных со всей России.

Помимо лечебной и методической в институте ведется большая научная работа – морфологические, молекулярно-биологические, генетические исследования, благодаря которым мы уже сейчас можем подсчитать количество циркулирующих раковых клеток в крови у больного. А значит, узнать: правильно ли мы его лечим или нет, а также выявить тех пациентов, которые находятся в группе риска и могут заболеть онкологическим заболеванием.

– *Насколько мы продвинулись в борьбе с раком?*

– Пока рано говорить о каком-то прорыве. Особенно когда речь идет о хирургии, которая у нас в стране традиционно на очень высоком уровне. Она хоть и не исчерпала свои возможности, но без мощной и дорогостоящей лучевой, химиотерапии в борьбе с раком не обойтись...

Выбор есть

– *Сейчас наши лечебные учреждения переходят на одноканальное финансирование – из фонда обязательного медицинского страхования (ОМС). Не отразится ли это на обеспечении онкологических больных лекарственными препаратами? Ведь не секрет, что тарифы ОМС не соответствуют реальной стоимости лечения рака.*

– Это не совсем так. На самом деле тарифы подросли (сейчас они находятся на утверждении в Минздраве РФ). Говорю это со знанием дела, ибо наш институт был одним из тех, кто участвовал в их разработке. Но денег никогда не бывает достаточно. Особенно когда речь идет об онкологии, где только один препарат может стоить более 1 миллиона рублей на цикл.

– *Недавно на встрече с журналистами министр здравоохранения РФ заявила, что по программе государственных гарантий российские онкопациенты бесплатно получают в среднем 6 курсов химиотерапии. Министр свое слово сдержала?*

– Не скажу за всех, но наш институт в этом отношении неплохо финансируется. Нет у нас такого, чтобы к нам пришел больной и нам нечем было бы его лечить. Но при этом мы честно предупреждаем пациента, что, возможно, поначалу мы будем лечить его дженериками (копиями оригинальных лекарств) по уже отработанным, проверенным схемам лечения.

– *Не секрет, что дженерики уступают в качестве оригиналам...*

– Далеко не всегда. Все зависит от производителя. И мы стараемся тщательно их выбирать. Если же лечение дженериком не позволяет нам достичь должного эффекта, мы подключаем оригинальные препараты из нашего резерва. Но лечить всех больных только оригинальными препаратами не может себе позволить ни одна, даже самая развитая страна.

В ответе за себя

– *В беседах с вашими коллегами я часто слышу, что лечат онкологические заболевания у нас не хуже, чем в Европе и Америке. Однако при постановке страшного диагноза наши больные всеми правдами и неправдами стремятся за рубеж. Вот и известная певица Жанна Фриске, которой вся страна собирала деньги на лечение, выбрала не российскую, а американскую клинику...*

– Увы. И чем дольше наши граждане будут «кормить» иностранную медицину, тем лучше она будет развиваться и тем хуже будет нам. У нас хорошие взаимоотношения с иностранными коллегами. И, если мы что-то не в состоянии сделать, мы можем пригласить их к себе. За гораздо меньшие деньги. Да и нашим молодым врачам будет полезно здесь, на месте, получить мастер-класс от именитого зарубежного врача.

А пока получается, что иностранцы берут наших больных за большие деньги, далеко не всегда оказывая им качественное лечение, а долечиваться и умирать отправляют к нам.

Обидно ли это? Очень. В нашем институте, к примеру, есть все необходимое для лечения онкологических больных по всем европейским стандартам и порядкам.

– Как, по-вашему, когда мы научимся побеждать и опережать рак?

– Когда мы выступим в единой команде – больного с врачом. Главный враг в борьбе с раком – страх, который нередко препятствует ранней диагностике этой болезни.

В последнее время у нас в стране предъявляются большие претензии к врачам. Но почему подобные требования не предъявляются к пациентам – такие, например, как в развитых европейских странах, где, если после 45 лет мужчина не идет к урологу и не сдает анализ на ПСА (показатель риска развития рака предстательной железы), его снимают с медицинской страховки. Может, такое же требование ввести и у нас?

<http://www.aif.ru/health/life/1103190>
Аргументы и факты, Москва,
(18.02.2014)

Сергей Краевой: «Нахождение новых механизмов финансирования здравоохранения очень важно»

Об этом заместитель министра здравоохранения Российской Федерации Сергей Краевой заявил 12 марта на экспертной сессии «Роль рискованного страхования в повышении доступности специализированной медицинской помощи», которая прошла в рамках форума «Российская неделя ГЧП 2014».

На обсуждение экспертного сообщества был представлен проект по страхованию населения на случай возможного диагностирования онкологического заболевания, который реализует НП «Равное право на жизнь» и ООО «ВТБ Страхование».

Говоря об онкологических заболеваниях, стоит вспомнить, что в России фиксируется самый высокий показатель однодневной летальности. Об этом напомнил исполнительный директор некоммерческого партнерства «Равное право на жизнь» Дмитрий Борисов. Практически каждый третий пациент погибает в течение первого года после постановки диагноза. В стране насчитывается более трех млн онкобольных. Более 12% население вовлечены в проблему онкологических заболеваний. Ежегодно Россия теряет от онкозаболеваний более 300 тыс. человек, что в 10 раз больше, чем гибнет в ДТП. Все эти показатели, в конечном счете, определяют удовлетворенность или неудовлетворенность населения здравоохранением.

Денег много не бывает

Главный онколог Северо-Западного федерального округа Георгий Манихас обратил внимание на то, что ни одно государство в мире не может себе позволить лечить высокоэффективно и качественно все онкологические заболевания. Это разорительно для любого бюджета. «В свое время в Америке высокую стоимость лечения признали угрозой национальной безопасности», – отметил он.

«Согласно заявлениям Минфина, доля финансирования здравоохранения в проценте ВВП будет снижаться. И

хотя в абсолютных цифрах финансирование будет расти, у многих экспертов это не вызывает оптимизма, – отметил Дмитрий Борисов. – Понятно, что здравоохранению российскому нужны дополнительные источники финансирования. Это объективная реальность».

Как рассказал спикер, несколько месяцев назад НП «Равное право на жизнь» совместно с Центром социальной экономики запустили пилотный проект по подсчету клинических стандартов и тех тарифов, которые используются в системе ОМС. Анализ данных показал, что ни один российский регион не может иметь полное финансирование в тарифах ОМС по законченному случаю, подчеркнул Борисов. Тариф в Москве составляет 50 тыс. рублей, но в ряде регионов он значительно меньше. Разница между регионами достигает 7-10 раз.

«Если мы хотим обеспечить доступность лечения для всех пациентов, эту разницу должен кто-то нивелировать. Сейчас это лежит на плечах пациентов и врачей. Но ни те, ни другие справиться с проблемой не могут», – отметил директор «Равного права на жизнь».

Директор Центра социальной экономики Давид Мелик-Гусейнов поднял вопрос об источниках дополнительного финансирования здравоохранения. В отличие от налогов и акцизов солидарная ответственность подталкивает пациента внимательнее относиться к своему здоровью.

Эксперт обозначил пять основных форм ГЧП, которые уже реализуются в отечественном здравоохранении. В первом случае частные структуры передают государству, которое испытывает в этом потребность, эксклюзивные технологии, знания и навыки. Во втором – государство передает в частные руки комплекс услуг, снимая с себя часть функций. В третьем – частные структуры помогают государству с маршрутизацией пациентов, или, например, ведут пациентские школы. В четвертом – государство заключает с частником трехгодичный рамочный контракт на обслуживание пациентов, давая партнеру гарантированный рынок сбыта.

Рискованное страхование

Пятый вариант сотрудничества государства и бизнеса – это страховая модель, которую только начинает реализовываться в России при поддержке «ВТБ Страхование».

«Сегодня в нашей системе назрела необходимость создавать assistance-структуры, которые помогут правильно маршрутизировать пациента среди российских лечебных организаций, где пациент может получить помимо того, что ему гарантировано в программе госгарантий, дополнительно очень качественное лечение, подключив сумму, которую ему возмещает страховая компания», – подчеркнул Мелик-Гусейнов.

По словам Максима Шапорина, представляющего ООО «ВТБ Страхование», компания хочет разработать и внедрить в России систему «прозрачного» и устойчивого финансирования медицинского обслуживания онкобольных. Помочь в этом может программа доступного страхования граждан от онкологических заболеваний и критических состояниях «Управляй здоровьем!». При постановке онкодиагноза пациент в течение 5 дней получает страховую

выплату. Чем дольше человек участвует в проекте, тем большую сумму он получит. В среднем размер выплат колеблется от 1,5 до 2 млн рублей.

«Что очень важно, мы не требуем медосмотра для заключения контракта. Это было основным фактором, который тормозил развитие этого вида страхования. Потому что люди у нас, к сожалению, не любят думать о себе, нет такой культуры», – добавил Шапорин.

Стоимость такой страховой услуги начинается от 5 тысяч рублей и, как отмечают эксперты, продукт полностью интегрирован в систему здравоохранения.

«Существует проблема медицинского туризма, в результате чего из страны вывозятся значительные суммы. Мы делаем так, чтобы деньги оставались внутри системы отечественного здравоохранения. При этом, конечно, пациент может поехать, куда угодно, – говорит представитель страховой компании. – Мы бесплатно организуем для человека «второе мнение» у ведущих врачей федерального уровня. Таким образом уточняется диагноз либо снимается неправильный. Мы помогаем с составлением карты лечения пациента, подбираем лечебное учреждение в России, проводим экстренное сопровождение через все процедуры получения квот, оказываем юридическую, психологическую помощь».

Кому это выгодно?

Включение пациента в программу софинансирования заставляет самого человека всерьез задуматься о своем здоровье. Как показала практика, после этого люди более внимательно относятся к прохождению профилактических осмотров. Программа рассчитана именно на онкологические заболевания, и нелишне вспомнить, что в России чрезвычайно низок процент выявления рака на ранних стадиях. Между тем своевременное обнаружение опухоли существенно влияет на излечение пациента.

Страховая компания оказывает помощь с организацией лечения. Семья пациента получает защиту от потери дохода в результате временной нетрудоспособности пациента. Кроме того, программа страхования дает возможность покрыть сопутствующие лечению расходы.

То есть пациент получает все то, что гарантирует государство по программе ОМС, а с помощью денежной выплаты он также может получить и то, что незамедлительно, без очереди получить от государства бывает проблематично: современные лекарства, дорогостоящее высокотехнологичное лечение.

По словам Дмитрия Борисова, ничего нового в самом страховом продукте нет – рисковое страхование было раньше, есть и будет. Страховые полисы у нас в стране имеют сотни тысяч россиян. По ним страховые компании выплачивают деньги, однако проведенный среди онкологов опрос показал, что до врачей эти средства не доходят.

«Задача этого проекта – вернуть деньги в систему государственной помощи. Именно комбинация ОМС и страхования обеспечивает максимальный ресурс, который служит на пользу больного», – подчеркивает Борисов.

«Я сторонник того, чтобы деньги, которые человек сейчас везет за рубеж, приходили нам», – говорит главный

онколог Северо-Западного федерального округа. Уровень технологий в России ни чем не отличается от западных. Однако прийти средства должны в те лечебные учреждения, где будут соблюдаться все стандарты.

«Онкологический больной в России, где бы он ни жил, должен получить ту сумму, которая предоставит ему эффективное лекарственное лечение», – подчеркнул Георгий Манихас.

«Задача Министерства здравоохранения – качественная, своевременная, доступная медицинская помощь, оказанная в полном объеме. И по большому счету, когда у человека горе, и он болеет, самое главное для него – получить медицинскую помощь, своевременно, качественно, в полном объеме... Поэтому нахождение новых механизмов финансирования системы здравоохранения очень важно», – отметил замминистра здравоохранения Сергей Краевой.

<http://ria-ami.ru/read/26609>

АМИ - Российское агентство медико-социальной информации, Москва, (17.03.2014)

Светлана Карчевская: вложив 640 млрд рублей в систему здравоохранения, гражданское общество вправе требовать качество и доступность

В Конференции «Медицина и право», проведенной Национальной медицинской палатой по инициативе Координационного Совета врачебных палат и ассоциаций в ЦФО РФ, приняла участие заместитель председателя Федерального фонда ОМС Светлана Карчевская. В своем выступлении она отметила, что структурные изменения, которые проходят в отрасли в последнее время, направлены на повышение эффективности оказания медицинской помощи. При этом основные задачи должны решаться в рамках страховой медицины, а не за счет средств федерального бюджета.

«Все мы свидетели того, что в последние годы Президентом и Правительством РФ уделяется пристальное внимание вопросам здравоохранения», – отметила зампредседателя ФФОМС.

В 2010 году было принято политическое решение об увеличении страховых взносов на 2% и направлении их в систему ОМС. В 2011 году эти средства были направлены на региональные программы модернизации здравоохранения. И сейчас, вложив 640 млрд рублей в систему здравоохранения, гражданское общество вправе требовать качество и доступность медицинской помощи.

Старый Закон 1992 года «Об обязательном медицинском страховании» был слишком «размыт», считает зампред ФФОМС. В сфере обязательного медицинского страхования необходимо разграничение полномочий. При этом на первое место выходит вопрос ответственности. По словам Карчевской, независимо от того, где находится застрахованное лицо, оно должно получить медицинскую помощь в рамках базовой программы.

Законодательство не может оставаться без изменений, уверена она.

«Как известно, для любых структурных изменений необходимы финансовая составляющая, прозрачность действий властей и информационное взаимодействие. Сила любого министерства и любого федерального ведомства — в обратной связи с обществом. Я полагаю, одним из самых серьезных недостатков реформ, проводимых в нашей стране, было отсутствие информационной сопровождающей», — отметила Светлана Карчевская.

Она высоко оценила роль таких институтов гражданского общества, как Национальная медицинская палата, координационные и общественные советы. Если между государством и обществом налажена «обратная связь», и проходит согласование общенациональных проектов, значит, этот инструмент эффективен.

<http://ria-ami.ru/read/26799>

АМИ - Российское агентство медико-социальной информации, Москва,
(19.03.2014)

Лечебные процедуры. Крымские медики готовятся работать по российским правилам

Крымские медики готовятся к переходу в российскую систему здравоохранения и не скрывают оптимизма. В местных государственных клиниках нет ни одного собственного томографа, с советских времен не строятся новые больницы, а старые существуют за счет «благотворительных» взносов. Как выживают медучреждения полуострова, «Газете.Ру» рассказала замминистра здравоохранения республики Лариса Козлова.

— Лариса Васильевна, в чем заключается главная задача республиканского минздрава в переходный период?

— В обеспечении жизнедеятельности наших учреждений. В том, чтобы наши больные ни на день не почувствовали ухудшения в оказании медпомощи. В первую очередь это значит, что в аптеки и больницы должны бесперебойно поступать жизненно важные медикаменты, наркотики, расходные материалы для гемодиализа, онкопрепараты, инсулины.

У нас, как и у вас, есть перечень льготных категорий граждан. Но, к примеру, если мы закупали инсулины украинского производства, то в России они только импортные. И сейчас мы должны полностью адаптировать наши лечебные планы и стандарты под российские в надежде, что в ближайшие дни мы получим из России медикаменты. Кроме того, жизнеобеспечение медучреждений — это не только лекарства, но и кислород, автотранспорт, бензин.

Все заявки с учетом месячной потребности мы подготовили еще накануне референдума и направили в Минздрав России.

— Кроме поставок медикаментов из Киева вы лишились и средств госбюджета Украины. Какова вообще была его доля в финансировании крымского здравоохранения?

— До сегодняшнего дня государственное финансирование покрывало не более 60% потребности здравоохранения и включало 100-процентную оплату труда медра-

ботников и коммунальные платежи. Все остальные нужды лечебного учреждения и медикаменты оплачивались в основном за счет поступающих на специальный счет благотворительных взносов. Начиная от охраны наркотиков и кончая противопожарными мероприятиями.

Система медицинского страхования на Украине не была внедрена вообще.

— А что это за благотворительность?

— Средства самих больных. Хотя и говорили, что у нас бесплатное здравоохранение, все поступающие на лечение и обращающиеся в поликлинику (конечно, те, кто имел средства) вносили так называемые целевые благотворительные взносы.

Человек писал в заявлении: «Прошу принять благотворительные взносы на такую-то сумму на медикаменты, на питание, на стирку белья».

Если сумма «добровольного пожертвования» не покрывала затраты на медикаменты, пациенту давали список того, что он должен был дополнительно покупать в аптеке. Вот так выкручивались. Кроме того, благотворительные средства привлекали попечительские советы при медучреждениях.

Так, возглавляющий попечительский совет при республиканской детской больнице председатель Верховной рады Крыма (сейчас уже Государственный совет) Владимир Константинов перечислял на больницу всю свою зарплату.

— А как же защищенные категории?

— Здесь было несколько вариантов централизованной поставки медикаментов по разным программам. За счет госпоставок минздрава Украины обеспечивались больные онкологией, туберкулезом и ВИЧ-СПИД. Кроме того, республиканская программа «Здоровье крымчан» финансировала находящихся на гемодиализе больных с хронической почечной недостаточностью, детей с рядом орфанных заболеваний. То, что мы недополучали из госбюджета Украины, тоже частично шло из республиканского по программе «Здоровье крымчан».

— А кто финансировал переоснащение медучреждений?

— Перед последними выборами Верховной рады у нас было поступление оборудования от минздрава Украины. Мы получили ультразвуковые установки, автомобили скорой помощи, три передвижных флюорографа. Но минздрав финансировал только республиканские учреждения. Для городских и районных средства на оборудование выделяли местные органы. Так, в Симферополе в 2013 году мы смогли приобрести две видеостойки, маммограф и рентгеновский аппарат на три рабочих места.

У крымского государственного здравоохранения нет ни одного собственного аппарата МРТ (магнитно-резонансной томографии).

Возможность обследоваться есть в коммерческих центрах, которые оснащены куда лучше государственных. Нет у нас и ни одного своего компьютерного томографа. Но поскольку частные КТ установлены на территории городских больниц, одним из условий договора аренды является какая-то квота для малоимущих граждан.

После развала Советского Союза в Крыму не было построено ни одной новой больницы.

Был создан перинатальный центр, но и он не получил нового здания, а разместился на базе перестроенного учреждения.

— *Все это касается и Севастополя?*

— Нет. Севастополь — город федерального значения, подчинялся непосредственно минздраву Украины и финансировался лучше. В него шла и гуманитарная помощь из Москвы, и от Украины больше доставалось, чем остальному Крыму. Хотя по численности населения Севастополь и Симферополь примерно одинаковы.

— *А что дало Крыму проводившееся в последние годы на Украине реформирование системы здравоохранения?*

— Реформа была направлена по большей части на развитие института семейных врачей и разделение уровней оказания медпомощи. Внизу амбулаторно-поликлиническая помощь — эти самые семейные центры, на втором уровне — городские больницы, на третьем — специализированная помощь. После реформирования в Крыму было создано 32 центра первичной медико-санитарной помощи, амбулаторная сеть расширилась, несколько повысилась шаговая доступность.

Но особых изменений люди не почувствовали. Без укрепления материально-технической базы глобально ничего не изменилось, и перестройка осталась бумажной.

— *А где жители Крыма получали высокотехнологичную медпомощь (ВМП)?*

— Их направляли в Киев. Причем детей брали бесплатно, даже особой очереди не было. А вот за взрослых республиканскому бюджету выставлялись счета.

Но в любом случае выбирались люди кредитоспособные, потому что государством и республикой оплачивалось не более 50% стоимости лечения. Даже при онкологии.

— *Каким образом, по-вашему, должна будет оказываться ВМП крымчанам в будущем?*

— Конечно, нам нужен свой центр в Симферополе. Проблема в оснащении, кадры у нас есть. Крымский медицинский университет им. Георгиевского имеет 4-й уровень аккредитации, здесь учится много иностранных студентов. По ряду специальностей (неонатологи, генетики, ортопеды-травматологи) врачи обучались в Киеве. Но сейчас мы рассчитываем, что университет получит лицензии и на эти специальности. Средним медперсоналом республика обеспечивает себя полностью.

— *А какая помощь кроме медикаментов требуется вам прямо сейчас?*

— Прежде всего методическая и юридическая. Чтобы мы могли как можно быстрее перестроиться и начать работать в системе российского Минздрава, не делая ошибок. Даже сейчас для получения гуманитарной помощи должна быть создана нормативно-правовая база, по которой мы сможем работать, — если что-то сделаем не так, придут правоохранительные органы и нас накажут. Конечно, наше дело прежде всего спасать людей. Но вот гуманитарка уже пришла, а комиссия для ее принятия еще не создана.

Мы сейчас ежедневно работаем с российскими специалистами, в Симферополь приезжал замминистра здравоохранения РФ Игорь Каграманян, главврач краевой больницы Краснодар, Сочи.

Надо пересмотреть саму нашу систему здравоохранения в соответствии с российской. Хотя в целом у нас много общего, Крым серьезно отстает по оснащенности и информационной инфраструктуре (законодательство даже не позволяло медучреждениям закупать ноутбуки). Ну, а в будущем мы должны будем перенести в Крым российскую модель системы ОМС.

[http://www.gazeta.ru/social/2014/03/19/5956293.](http://www.gazeta.ru/social/2014/03/19/5956293.shtml)

shtml

*Газета.Ru, Москва,
(20.03.2014)*



НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ

Комментарий к Федеральному закону Российской Федерации № 390-ФЗ от 28.12.2013 г.

Внесены изменения в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», регулирующие вопросы медицинского страхования иностранных граждан.

Президент Российской Федерации В.В. Путин подписал Федеральный закон от 28.12.2013 г. № 390-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «О ратификации Протокола о присоединении Российской Федерации к Марракешскому соглашению об учреждении Всемирной торговой организации от 15 апреля 1994 г.».

Федеральный закон направлен на обеспечение реализации принятых Российской Федерацией обязательств в связи с ее вступлением во Всемирную торговую организацию в части, касающейся правового регулирования трудовой деятельности иностранных граждан на территории Российской Федерации. Внесены изменения в Федеральные законы «О порядке выезда из Российской

Федерации и въезда в Российскую Федерацию», «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» и «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Согласно новой редакции абзаца первого статьи 10 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» указанные в Федеральном законе «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» высококвалифицированные специалисты и члены их семей, а также иностранные граждане, направляемые иностранной коммерческой организацией, зарегистрированной на территории государства – члена всемирной торговой организации, для осуществления трудовой деятельности на территории Российской Федерации, не являются застрахованными лицами в силу положений Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН

от 28 декабря 2013 года № 390-ФЗ

МОСКВА

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ОТДЕЛЬНЫЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ АКТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СВЯЗИ С ПРИНЯТИЕМ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА «О РАТИФИКАЦИИ ПРОТОКОЛА О ПРИСОЕДИНЕНИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ К МАРРАКЕШСКОМУ СОГЛАШЕНИЮ ОБ УЧРЕЖДЕНИИ ВСЕМИРНОЙ ТОРГОВОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ОТ 15 АПРЕЛЯ 1994 Г.»

*Принят Государственной Думой 17 декабря 2013 года
Одобен Советом Федерации 25 декабря 2013 года*

Статья 1

Внести в Федеральный закон от 15 августа 1996 года N 114-ФЗ «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, N 34, ст. 4029; 2003, N 2, ст. 159; 2006, N 31, ст. 3420; 2008, N 30, ст. 3616; 2009, N 52, ст. 6450; 2010, N 11, ст. 1173; N 21, ст. 2524; N 31, ст. 4196; N 52, ст. 7000; 2011, N 13, ст. 1689; N 17, ст. 2321; 2012, N 47, ст. 6398; N 53, ст. 7628; 2013, N 27, ст. 3477; N 30, ст. 4036) следующие изменения:

1) в подпункте 1 части первой статьи 25:

а) в абзаце двенадцатом слова «филиалов иностранных юридических лиц» заменить словами «филиалов иностранных коммерческих организаций»;

б) дополнить новым абзацем четырнадцатым следующего содержания:

«е) представительств иностранных коммерческих организаций, в уведомительном порядке вставших на учет в федеральном органе исполнительной власти, уполномоченном на осуществление функций по контролю и надзору в сфере миграции, или его территориальном органе, в случае приглашения этими представительствами иностранных граждан, направленных в целях осуществления трудовой деятельности в Российской Федерации в соответствии со статьей 13.5 Федерального закона «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации».»;

в) абзац четырнадцатый считать абзацем пятнадцатым;

2) в части седьмой статьи 25.6 второе предложение изложить в следующей редакции: «Иностранному гражданину, въезжающему в Российскую Федерацию в целях осуществления трудовой деятельности в Российской Федерации в соответствии со статьей 13.2 или 13.5 Федерального закона «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» или осуществляющему такую деятельность, обыкновенная рабочая виза оформляется как многократная и выдается на срок действия соответственно заключенного трудового договора или гражданско-правового договора на выполнение работ (оказание услуг), но не более чем на три года со дня въезда этого иностранного гражданина в Российскую Федерацию с последующим продлением срока действия указанной визы на срок действия соответственно

заключенного трудового договора или гражданско-правового договора на выполнение работ (оказание услуг), но не более чем на три года для каждого такого продления.».

Статья 2

Внести в Федеральный закон от 25 июля 2002 года N 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, N 30, ст. 3032; 2003, N 46, ст. 4437; 2006, N 30, ст. 3286; 2007, N 2, ст. 361; N 49, ст. 6071; N 50, ст. 6241; 2008, N 19, ст. 2094; N 30, ст. 3616; 2009, N 19, ст. 2283; N 23, ст. 2760; N 26, ст. 3125; 2010, N 21, ст. 2524; N 31, ст. 4196; N 40, ст. 4969; N 52, ст. 7000; 2011, N 1, ст. 29; N 13, ст. 1689; N 17, ст. 2321; N 27, ст. 3880; N 49, ст. 7043, 7061; 2012, N 31, ст. 4322; N 47, ст. 6396, 6397; N 53, ст. 7640, 7645; 2013, N 19, ст. 2309, 2310; N 23, ст. 2866; N 27, ст. 3461, 3477; N 30, ст. 4036, 4037, 4057, 4081) следующие изменения:

1) абзац третий пункта 5 статьи 5 изложить в следующей редакции:

«Указанное в абзаце втором настоящего пункта ограничение срока временного пребывания не распространяется на иностранных граждан, привлеченных для осуществления трудовой деятельности в соответствии со статьями 13.2, 13.3, 13.5 настоящего Федерального закона и частью 2 статьи 16 Федерального закона от 28 сентября 2010 года N 244-ФЗ «Об инновационном центре «Сколково» (далее – Федеральный закон «Об инновационном центре «Сколково»);»;

2) в статье 13:

а) в пункте 4.1 слова «статьями 13.1-13.4» заменить словами «статьями 13.1-13.5»;

б) пункт 4.5 дополнить подпунктом 5 следующего содержания:

«5) привлекаются к трудовой деятельности в Российской Федерации в соответствии со статьей 13.5 настоящего Федерального закона.»;

в) пункт 4.6 дополнить словами «, а также на иностранных граждан, получающих разрешение на работу в соответствии со статьей 13.5 настоящего Федерального закона»;

3) дополнить статьей 13.5 следующего содержания:

«Статья 13.5. Особенности осуществления трудовой деятельности иностранными гражданами, направляемыми для работы в расположенные на территории Российской Федерации филиалы, представительства и дочерние организации иностранных коммерческих организаций, зарегистрированных на территориях государств – членов Всемирной торговой организации.

1. Настоящей статьей определяются условия и порядок получения разрешения на работу иностранными гражданами, направляемыми иностранной коммерческой организацией, зарегистрированной на территории государства – члена Всемирной торговой организации (далее – иностранная коммерческая организация), для осуществления трудовой деятельности на территории Российской Федерации:

1) в юридическом лице, зарегистрированном в установленном порядке на территории Российской Федерации, осуществляющем оказание услуг в соответствии с учредительными документами и являющемся дочерней организацией (дочерним обществом) иностранной коммерческой организации (далее – дочерняя организация иностранной коммерческой организации);

2) в филиале иностранной коммерческой организации;

3) в представительстве иностранной коммерческой организации.

2. Иностранные граждане, указанные в пункте 1 настоящей статьи, получают разрешение на работу в порядке, предусмотренном настоящей статьей, при условии, что такие иностранные граждане не менее одного года в течение периода, непосредственно предшествующего их направлению в Российскую Федерацию, осуществляли трудовую деятельность по найму в направляющей их иностранной коммерческой организации и при этом направляются:

1) в представительство иностранной коммерческой организации для замещения должности, исполнение обязанности по которой предусматривает осуществление руководства и координации деятельности представительства (включая должность руководителя представительства);

2) в филиал или дочернюю организацию иностранной коммерческой организации в качестве ключевого персонала: для замещения должности руководителя филиала либо дочерней организации иностранной коммерческой организации;

для замещения иных должностей при условии, что направляемые иностранные граждане осуществляют трудовую деятельность по оказанию услуг на территории Российской Федерации с предполагаемым получением заработной платы в размере не менее двух миллионов рублей из расчета за один год (365 календарных дней), обладают высоким уровнем квалификации и (или) незаурядными знаниями, соответствующими требованиям, установленным Правительством Российской Федерации, и необходимыми для оказания услуг этими филиалами или дочерними организациями иностранной коммерческой организации.

3. Общая численность иностранных граждан, осуществляющих трудовую деятельность в представительстве иностранной коммерческой организации в Российской Федерации на основании разрешений на работу, выданных в соответствии с настоящей статьей, не может превышать пять человек, а в банковской сфере – два человека в пределах численности работников представительств иностранной коммерческой организации, согласованной при аккредитации уполномоченным аккредитирующим органом.

4. Квота на выдачу иностранным гражданам приглашений на въезд в Российскую Федерацию в целях осуществления трудовой деятельности и квота на выдачу иностранным гражданам разрешений на работу, предусмотренные статьями 18 и 18.1 настоящего Федерального закона, не распространяются на иностранных граждан, указанных в пункте 1 настоящей статьи.

5. Правительством Российской Федерации в целях обеспечения безопасности на основе принципа приоритетного использования национальных трудовых ресурсов с учетом ситуации на рынке труда может устанавливаться ограничение на осуществление трудовой деятельности иностранными гражданами, указанными в пункте 1 настоящей статьи, если иное не предусмотрено международным договором Российской Федерации.

6. Иностранные граждане, указанные в пункте 1 настоящей статьи, прибывшие в Российскую Федерацию, должны иметь действующий на территории Российской Федерации договор (полис) медицинского страхования либо должны иметь право на основании соответствующего договора, заключенного работодателем с медицинской организацией, на получение первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи.

7. Разрешение на работу иностранным гражданам, указанным в пункте 1 настоящей статьи, выдается на срок, соответствующий периоду, на который иностранный гражданин направляется в филиал, представительство или дочернюю организацию иностранной коммерческой организации в соответствии с решением иностранной коммерческой организации о направлении, но не более чем на три года. Указанный срок действия разрешения на работу может быть неоднократно продлен в случае принятия иностранной коммерческой организацией решения о продлении периода, на который иностранный гражданин направлен в филиал, представительство или дочернюю организацию иностранной коммерческой организации, но не более чем на три года для каждого такого продления.

В случае, если в соответствии с решением о направлении и (или) трудовым договором с дочерней организацией иностранной коммерческой организации предполагается осуществление иностранными гражданами, указанными в пункте 1 настоящей статьи, трудовой деятельности на территориях двух и более субъектов Российской Федерации, им выдается разрешение на работу, действующее на территориях этих субъектов Российской Федерации.

8. Разрешение на работу иностранным гражданам, указанным в пункте 1 настоящей статьи, не выдается, а ранее выданное разрешение на работу аннулируется:

1) при наличии оснований, предусмотренных подпунктами 1-7, 9 и 10 пункта 9, пунктами 9.1 и 9.2 статьи 18 настоящего Федерального закона;

2) при несоблюдении условий, указанных в пункте 2 настоящей статьи;

3) если услуги, непосредственное участие в оказании которых будет принимать иностранный гражданин, не входят в перечень услуг, определяемый в соответствии с обязательствами Российской Федерации в рамках Всемирной торговой организации.

9. Для получения разрешения на работу иностранным гражданам, указанным в пункте 1 настоящей статьи, филиал, представительство или дочерняя организация иностранной коммерческой организации, указанные в пункте 1 настоящей статьи, представляет в федеральный орган исполнительной власти в сфере миграции:

1) ходатайство о выдаче разрешения на работу иностранному гражданину, направляемому в филиал, представительство или дочернюю организацию иностранной коммерческой организации (далее – ходатайство о выдаче разрешения на работу);

2) копию документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина и признаваемого в этом качестве Российской Федерацией;

3) документ, подтверждающий осуществление трудовой деятельности иностранным работником в направляющей его иностранной коммерческой организации не менее одного года в течение периода, непосредственно предшествующего направлению в Российскую Федерацию;

4) решение иностранной коммерческой организации о направлении иностранного гражданина в свой филиал, представительство или дочернюю организацию иностранной коммерческой организации;

5) сведения о юридическом лице, подтверждающие его отнесение к дочерней организации иностранной коммерческой организации в соответствии с законодательством Российской Федерации;

6) проект трудового договора между направляемым иностранным гражданином и дочерней организацией иностранной коммерческой организации;

7) письменное обязательство оплатить (возместить) расходы Российской Федерации, связанные с возможным административным выдворением за пределы Российской Федерации или депортацией иностранного гражданина, привлеченного для осуществления трудовой деятельности в соответствии с настоящей статьей;

8) копию трудового договора между направляемым иностранным гражданином и иностранной коммерческой организацией (для иностранных граждан, направляемых в филиал или представительство иностранной коммерческой организации);

9) копию договора (полиса) медицинского страхования, заключенного иностранным гражданином со страховой организацией, либо договора, заключенного работодателем с медицинской организацией, на получение иностранным гражданином первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи.

10. Одновременно с документами, указанными в пункте 9 настоящей статьи, в федеральный орган исполнительной власти в сфере миграции представляется квитанция об уплате государственной пошлины за выдачу разрешения на работу. В случае непредставления указанной квитанции федеральный орган исполнительной власти в сфере миграции проверяет факт уплаты государственной пошлины за выдачу разрешения на работу с использованием информации об уплате государственной пошлины, содержащейся в Государственной информационной системе о государственных и муниципальных платежах.

11. При рассмотрении ходатайства о выдаче разрешения на работу федеральный орган исполнительной власти в сфере миграции запрашивает содержащиеся в едином государственном реестре юридических лиц, сводном государственном реестре аккредитованных на территории Российской Федерации представительств иностранных компаний, а также государственном реестре филиалов иностранных юридических лиц, аккредитованных на территории Российской Федерации, сведения, подтверждающие факт государственной регистрации юридического лица (дочерней организации иностранной коммерческой организации), либо сведения, подтверждающие факт аккредитации филиала или представительства иностранной коммерческой организации.

12. В ходатайстве о выдаче разрешения на работу, подаваемом филиалом или дочерней организацией иностранной коммерческой организации, указываются сведения:

1) о соответствии уровня заработной платы требованиям, предусмотренным пунктом 2 настоящей статьи;

2) о должности, на которую предполагается привлечение иностранного гражданина, должностных обязанностях, исполнение которых связано с замещением данной должности;

3) о соответствии уровня квалификации и (или) незаурядных знаний иностранного гражданина, необходимых для оказания услуг филиалом или дочерней организацией иностранной коммерческой организации, требованиям, установленным Правительством Российской Федерации.

13. Оценку предусмотренных подпунктом 2 пункта 2 настоящей статьи уровня квалификации и (или) незаурядных знаний иностранного гражданина, привлекаемого в соответствии с настоящей статьей, иностранная коммерческая организация, направляющая иностранного гражданина, филиал или ее дочерняя организация осуществляет самостоятельно и несет соответствующие риски.

14. Отказ в приеме ходатайства о выдаче разрешения на работу не допускается, за исключением случаев непредставления какого-либо из документов, предусмотренных пунктом 9 настоящей статьи.

15. Для продления срока действия разрешения на работу филиал, представительство или дочерняя организация иностранной коммерческой организации, указанные в подпунктах 1-3 пункта 1 настоящей статьи, не позднее чем за шестьдесят календарных дней до окончания срока действия разрешения на работу представляет в федеральный орган исполнительной власти в сфере миграции:

1) заявление о продлении срока действия разрешения на работу;

2) решение иностранной коммерческой организации о продлении срока, на который иностранный гражданин направлен в Российскую Федерацию в филиал, представительство или дочернюю организацию иностранной коммерческой организации;

3) трудовой договор между направляемым иностранным гражданином и дочерней организацией иностранной коммерческой организации;

4) копию договора (полиса) медицинского страхования, заключенного иностранным гражданином со страховой организацией, либо договора, заключенного работодателем с медицинской организацией, на получение иностранным гражданином первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи;

5) копию трудового договора между направляемым иностранным гражданином и иностранной коммерческой организацией (для иностранных граждан, направленных в представительство или филиал иностранной коммерческой организации).

16. Отказ в приеме заявления о продлении срока действия разрешения на работу не допускается, за исключением случаев непредставления какого-либо из документов, предусмотренных пунктом 15 настоящей статьи.

17. Срок рассмотрения ходатайства о выдаче разрешения на работу либо заявления о продлении срока действия разрешения на работу составляет не более тридцати рабочих дней со дня поступления ходатайства (заявления) в федеральный орган исполнительной власти в сфере миграции.

18. При неисполнении работодателем принятых на себя перед иностранным гражданином обязательств, установленных в соответствии с настоящим Федеральным законом, а равно условий трудового договора, заключенного с ино-

странным гражданином, филиал, представительство или дочерняя организация иностранной коммерческой организации вправе вновь привлекать иностранного гражданина на условиях, предусмотренных настоящим Федеральным законом, не ранее чем через два года со дня, когда соответствующие обстоятельства стали известны федеральному органу исполнительной власти в сфере миграции.

В случае обращения филиала, представительства или дочерней организации иностранной коммерческой организации с заявлением о продлении срока действия разрешения на работу либо ходатайством о выдаче разрешения на работу в филиал, представительство или дочернюю организацию иностранной коммерческой организации до истечения срока, указанного в абзаце первом настоящего пункта, федеральный орган исполнительной власти в сфере миграции без рассмотрения указанного заявления либо ходатайства по существу уведомляет в письменной форме работодателя о дате, начиная с которой он сможет обращаться с указанным заявлением либо ходатайством.

19. Порядок оформления и выдачи иностранным гражданам, указанным в пункте 1 настоящей статьи, разрешения на работу, продления срока его действия, форма указанного разрешения и форма ходатайства о выдаче разрешения на работу, форма заявления о продлении срока действия разрешения на работу устанавливаются федеральным органом исполнительной власти в сфере миграции.

Состав сведений, подтверждающих отнесение юридического лица к дочерней организации иностранной коммерческой организации, а также состав обязательных реквизитов решения иностранной коммерческой организации о направлении иностранного гражданина в филиал, представительство или дочернюю организацию иностранной коммерческой организации устанавливается уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти.

20. Члены семьи (супруг (супруга), дети (в том числе усыновленные), супруги детей, родители (в том числе приемные), супруги родителей, бабушки, дедушки, внуки) иностранных граждан, указанных в пункте 1 настоящей статьи, выезжают в Российскую Федерацию и выезжают из Российской Федерации в установленном законодательством Российской Федерации порядке, если иное не установлено международным договором Российской Федерации.»

4) статью 14 дополнить пунктом 3 следующего содержания:

«3. Замещать должность главного бухгалтера или иного должностного лица, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета, может иностранный гражданин, временно или постоянно проживающий в Российской Федерации и соответствующий требованиям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.»

Статья 3

Абзац первый статьи 10 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2011, N 49, ст. 7047, 7057; 2013, N 27, ст. 3477) изложить в следующей редакции:

«Застрахованными лицами являются граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей, а также иностранных граждан, осуществляющих в Российской Федерации трудовую деятельность в соответствии со статьей 13.5 Федерального закона от 25 июля 2002 года N 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»».

Президент
Российской Федерации
В. ПУТИН

Москва, Кремль
28 декабря 2013 года
N 390-ФЗ

Комментарий к Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации № 859ан от 20.11.2013 г.

Министерством здравоохранения Российской Федерации утвержден приказ от 22 ноября 2013 года № 859ан «О внесении изменений в Правила ОМС», в соответствии с которым в Правила введен отдельный раздел, посвященный контролю объемов и своевременному оказанию медицинской помощи пациентам в стационарных условиях.

Для контроля своевременной организации и персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной пациентам в стационаре, разработан механизм информационного сопровождения страховыми медицинскими организациями госпитализации пациента.

Согласно разработанной схеме территориальный фонд обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации, стационар и поликлиника взаимодействуют во благо пациента, реализуя его права на выбор медицинской организации и получение качественной и своевременной медицинской помощи.

Благодаря этому взаимодействию расширяются возможности для страховых медицинских организаций способствовать обеспечению прав застрахованных лиц, при этом будет осуществляться более полный контроль объемов и качества оказанной медицинской помощи в медицинских организациях, участвующих в программах ОМС.

Основная цель издания приказа – обеспечение реализации права пациентов на получение медицинской помощи в установленные сроки в выбранной пациентом медицинской организации и контроль объемов установленных в территориальных программах государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» определено, что тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются в субъекте Российской Федерации тарифным соглашением, которое заключается в рамках деятельности комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования. При этом тарифы на оплату медицинской помощи рассчитываются в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи в составе Правил обязательного медицинского страхования и включают в себя статьи затрат, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 ноября 2013 года № 859ан утверждена новая редакция Правил обязательного медицинского страхования, в которой конкретизирована методика расчета тарифов на оплату медицинской помощи.

Согласно указанной методике для установления тарифов могут использоваться следующие методы определения затрат:

- 1) нормативный;
- 2) структурный;
- 3) экспертный.

Выбор метода(ов) определения затрат для каждой группы затрат осуществляется в зависимости от условий оказания медицинской помощи, территориальных и иных особенностей оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

При внесении изменений в методику расчета тарифов на оплату медицинской помощи особое внимание уделено расчету затрат на коммунальные услуги, которые должны определяться обособленно по видам энергетических ресурсов, исходя из нормативов потребления коммунальных услуг с учетом требований обеспечения энергоэффективности и энергосбережения, или исходя из фактических объемов потребления коммунальных услуг за прошлые годы с учетом изменений в составе используемого при оказании медицинской помощи (медицинской услуги) движимого и недвижимого имущества:

- затраты на холодное водоснабжение и водоотведение;
- затраты на горячее водоснабжение;
- затраты на теплоснабжение;
- затраты на электроснабжение.

В случае заключения энергосервисного договора (контракта) дополнительно к указанным нормативным затратам определяются нормативные затраты на оплату исполнения энергосервисного договора (контракта), на величину которых снижаются нормативные затраты по видам энергетических ресурсов.

Для определения затрат на коммунальные услуги рекомендуется учитывать нормативы потребления коммунальных услуг на единицу объема медицинской помощи (медицинской услуги) для группы медицинских организаций, находящихся в однотипных зданиях и оказывающих одинаковый набор услуг.

Также в методику расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию включены формулы для расчета затрат на холодное водоснабжение и водоотведение, горячее водоснабжение, потребление тепловой энергии, электрической энергии, газа, а также затраты на оплату исполнения энергосервисного договора.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ****П Р И К А З**

от 20 ноября 2013 г. № 859ан

МОСКВА

**О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРАВИЛА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ,
УТВЕРЖДЕННЫЕ ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 28 ФЕВРАЛЯ 2011 Г. № 158Н****Приказываю:**

Внести изменения в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 марта 2011 г., регистрационный № 19998), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 10 августа 2011 г. № 897н «О внесении изменения в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 августа 2011 г., регистрационный № 21609), приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 сентября 2011 г. № 1036н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 октября 2011 г., регистрационный № 22053), приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 марта 2013 г. № 160н «О внесении изменения в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 мая 2013 г., регистрационный № 28480), приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 июня 2013 г. № 396н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 сентября 2013 г., регистрационный № 30004), согласно приложению.

Министр
В.И. СКВОРЦОВА

*Утверждены
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 ноября 2013 г. № 859ан*

ИЗМЕНЕНИЯ, КОТОРЫЕ ВНОСЯТСЯ В ПРАВИЛА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, УТВЕРЖДЕННЫЕ ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 28 ФЕВРАЛЯ 2011 Г. № 158Н

1. Пункт 2 дополнить словами «; порядок информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями.».

2. Подпункт 10 пункта 9 исключить.

3. Пункт 138 изложить в следующей редакции:

«Медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования и оказавшая медицинскую помощь застрахованному лицу, формирует и направляет счет и реестр счета за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис (далее – реестр), в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи не позднее десяти рабочих дней месяца, следующего за месяцем завершения случая оказания медицинской помощи.

Счет должен быть заверен подписью руководителя и главного бухгалтера медицинской организации и печатью медицинской организации.

Реестр счета за медицинскую помощь должен содержать следующие сведения:

1) наименование медицинской организации;

2) ОГРН в соответствии с ЕГРЮЛ;

3) период, за который выставлен счет;

4) номер позиции реестра;

5) сведения о застрахованном лице:

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;

дата и место рождения;

вес при рождении (для новорожденных);

данные документа, удостоверяющего личность;

СНИЛС (при наличии);

номер полиса;

6) сведения об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи:

вид оказанной медицинской помощи (код);

основной диагноз в соответствии с МКБ-10;

сопутствующий диагноз в соответствии с МКБ-10 (при наличии);

осложнение заболевания в соответствии с МКБ-10 (при наличии);

вид медицинского вмешательства в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (при наличии);

дату начала и дату окончания лечения;

объемы оказанной медицинской помощи;

профиль оказанной медицинской помощи (код);

специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь (код);

тариф на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу;

стоимость оказанной медицинской помощи;

результат обращения за медицинской помощью (код).».

4. Пункт 155 изложить в следующей редакции:

«155. Расчет тарифов может осуществляться на единицу объема медицинской помощи (1 случай госпитализации, 1 обращение в связи с заболеванием, 1 законченный случай при оплате диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме, 1 пациенто-день лечения, 1 вызов скорой медицинской помощи), на медицинскую услугу, за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические

группы заболеваний), на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц.».

5. Пункт 157 изложить в следующей редакции:

«157. Тариф на оплату медицинской помощи включает в себя:

1) расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона;

2) дополнительные элементы структуры тарифа на оплату медицинской помощи, определенные Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации в соответствии с частью 8 статьи 35 Федерального закона;

3) расходы, определенные территориальной программой обязательного медицинского страхования в случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования за счет средств субвенций из бюджета Федерального фонда и межбюджетных трансфертов из бюджетов субъектов Российской Федерации в бюджет территориального фонда.».

6. Дополнить пунктами 157.2-157.7 следующего содержания:

«157.2. Для установления тарифов могут использоваться следующие методы определения затрат:

- 1) нормативный;
- 2) структурный;
- 3) экспертный.

157.3. В случае наличия утвержденных нормативов затрат, выраженных в натуральных показателях, в том числе нормативов питания, оснащения мягким инвентарем, медикаментами, норм потребления расходных материалов, нормативов затрат рабочего времени, объемов снижения потребления энергетических ресурсов в соответствии с требованиями энергетической эффективности или иных натуральных параметров оказания медицинской помощи (медицинской услуги), указанные нормативы затрат, выраженные в натуральных показателях, используются при определении тарифов.

157.4. При применении структурного метода затраты в отношении соответствующей группы затрат определяются пропорционально выбранному основанию, в том числе, затратам на оплату труда и начислениям на выплаты по оплате труда персонала, участвующего непосредственно в оказании медицинской помощи (медицинской услуги); численности персонала, участвующего непосредственно в оказании медицинской помощи (медицинской услуги); площади помещения, используемого для оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

157.5. При применении экспертного метода затраты в отношении соответствующей группы затрат определяются на основании экспертной оценки, в том числе, оценки доли группы затрат (трудозатраты) в общем объеме затрат, необходимых для оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

157.6. Выбор метода(ов) определения затрат для каждой группы затрат осуществляется в зависимости от условий оказания медицинской помощи, территориальных и иных особенностей оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

157.7. Тариф на оказание i -той медицинской услуги (T_i) определяется по формуле:

$$T_i = \sum_j G_j, \text{ где}$$

G_j – затраты, определенные для j -той группы затрат на единицу объема медицинской помощи (медицинской услуги) на соответствующий финансовый год.».

7. Дополнить пунктами 158.1-158.16 следующего содержания:

«158.1. В составе затрат, непосредственно связанных с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги), учитываются следующие группы затрат:

- затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда персонала, принимающего непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги);

- затраты на приобретение материальных запасов, потребляемых в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги);
- затраты на амортизацию оборудования, используемого при оказании медицинской помощи (медицинской услуги);
- иные затраты, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги).

Группы затрат могут быть дополнительно детализированы.

158.2. К затратам, необходимым для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемым непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), относятся затраты, которые невозможно отнести напрямую к затратам, непосредственно связанным с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги).

158.3. В составе затрат, необходимых для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, выделяются следующие группы затрат:

- затраты на коммунальные услуги;
- затраты на содержание объектов недвижимого имущества, закрепленного за медицинской организацией на праве оперативного управления или приобретенным медицинской организацией за счет средств, выделенных ей учредителем на приобретение такого имущества, а также недвижимого имущества, находящегося у медицинской организации на основании договора аренды или безвозмездного пользования, эксплуатируемого в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги) (далее – затраты на содержание недвижимого имущества);
- затраты на содержание объектов движимого имущества (далее – затраты на содержание движимого имущества);
- затраты на приобретение услуг связи;
- затраты на приобретение транспортных услуг;
- затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников медицинских организаций, которые не принимают непосредственного участия в оказании медицинской помощи (медицинской услуги) (административно-управленческого, административно-хозяйственного, вспомогательного и иного персонала, не принимающего непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги));
- затраты на амортизацию оборудования, непосредственно не используемого при оказании медицинской помощи (медицинской услуги);
- прочие затраты на общехозяйственные нужды.

Группы затрат могут быть дополнительно детализированы.

158.4. Затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда определяются исходя из потребности в количестве персонала, принимающего непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги), в соответствии с действующей системой оплаты труда, включая денежные выплаты стимулирующего характера врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях; медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях; врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации; врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, а также достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации*.

158.5. Затраты на материальные запасы определяются исходя из нормативных объемов потребления материальных запасов или фактических объемов потребления материальных запасов за прошлые годы в натуральном или стоимостном выражении и включают в себя затраты на приобретение материальных запасов, непосредственно используемых для оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

158.6. Затраты на амортизацию оборудования, используемого при оказании медицинской помощи (медицинской услуги), определяются исходя из балансовой стоимости оборудования, годовой нормы его износа и времени работы оборудования в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги). Затраты на амортизацию оборудования стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу определяются в случае, если указанные расходы включены в территориальную программу обязательного медицинского страхования.

158.7. Затраты на коммунальные услуги определяются обособленно по видам энергетических ресурсов, исходя из нормативов потребления коммунальных услуг с учетом требований обеспечения энергоэффективности и энергосбере-

* Постановление Правительства Российской Федерации от 18.10.2013 г. № 932 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, № 43, ст. 5558); Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 2599-р «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, № 2, ст. 130).

жения, или исходя из фактических объемов потребления коммунальных услуг за прошлые годы с учетом изменений в составе используемого при оказании медицинской помощи (медицинской услуги) движимого и недвижимого имущества:

- затраты на холодное водоснабжение и водоотведение;
- затраты на горячее водоснабжение;
- затраты на теплоснабжение;
- затраты на электроснабжение.

В случае заключения энергосервисного договора (контракта) дополнительно к указанным нормативным затратам определяются нормативные затраты на оплату исполнения энергосервисного договора (контракта), на величину которых снижаются нормативные затраты по видам энергетических ресурсов.

Для определения затрат на коммунальные услуги рекомендуется учитывать нормативы потребления коммунальных услуг на единицу объема медицинской помощи (медицинской услуги) для группы медицинских организаций, находящихся в однотипных зданиях и оказывающих одинаковый набор услуг.

158.8. Затраты на холодное водоснабжение и водоотведение определяются исходя из объемов потребления и тарифов на холодное водоснабжение и водоотведение по следующей формуле:

$$N_{\text{ХВ,вод}} = T_{\text{ХВ}} \times V_{\text{ХВ}} + T_{\text{вод}} \times V_{\text{вод}},$$

где:

$N_{\text{ХВ,вод}}$ – затраты на холодное водоснабжение и водоотведение;

$T_{\text{ХВ}}$ – тариф на холодное водоснабжение, установленный на соответствующий финансовый год;

$V_{\text{ХВ}}$ – объем потребления холодной воды (в куб. м) в отчетном финансовом году;

$T_{\text{вод}}$ – тариф на водоотведение, установленный на соответствующий финансовый год;

$V_{\text{вод}}$ – объем водоотведения в соответствующем финансовом году.

158.9. Затраты на горячее водоснабжение, потребление тепловой энергии (2), электрической энергии (3), газа (4) определяются исходя из соответствующих тарифов и общих объемов их потребления в натуральном выражении соответственно по следующей формуле:

$$\sum_{i=1}^4 N_i = \sum_{i=1}^4 (T_i * V_i),$$

где:

N_i – затраты на горячее водоснабжение (1), потребление тепловой энергии (2), электрической энергии (3), газа (4);

T_i – тариф на горячее водоснабжение (1), потребление тепловой энергии (2), электрической энергии (3), газа (4), установленный на соответствующий финансовый год;

V_i – объем потребления горячей воды (в куб. м) (1), тепловой энергии (в Гкал) (2), электрической энергии (кВт.ч) (3), потребление газа (4) в соответствующем финансовом году.

158.10. Затраты на оплату исполнения энергосервисного договора (контракта) определяются как процент от достигнутого размера экономии соответствующих расходов медицинской организации, определенный условиями энергосервисного договора (контракта).

158.11. Затраты на содержание объектов недвижимого имущества могут быть детализированы по следующим группам затрат:

затраты на эксплуатацию системы охранной сигнализации и противопожарной безопасности;

- затраты на аренду недвижимого имущества;

- затраты на уплату налогов, в качестве объекта налогообложения по которым признается недвижимое имущество, закрепленное за медицинской организацией или приобретенное медицинской организацией за счет средств, выделенных ему учредителем на приобретение такого имущества, в том числе земельные участки;

- затраты на содержание прилегающих территорий в соответствии с утвержденными санитарными правилами и нормами;

- прочие затраты на содержание недвижимого имущества.

158.12. Затраты на содержание объектов движимого имущества могут быть детализированы по следующим группам затрат:

- затраты на техническое обслуживание и текущий ремонт движимого имущества;

- затраты на материальные запасы, потребляемые в рамках содержания движимого имущества, не отнесенные к затратам, непосредственно связанным с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги);

- затраты на уплату налогов, в качестве объекта налогообложения движимого имущества, закрепленного за медицинской организацией или приобретенного медицинской организацией за счет средств, выделенных ему учредителем на приобретение такого имущества;

- затраты на обязательное страхование гражданской ответственности владельцев транспортных средств;

- прочие затраты на содержание движимого имущества.

158.13. Затраты на приобретение услуг связи и приобретение транспортных услуг определяются исходя из нормативов потребления или фактических объемов потребления за прошлые годы в натуральном или стоимостном выражении.

158.14. Затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников медицинской организации, которые не принимают непосредственного участия в оказании медицинской помощи (медицинской услуги) (административно-управленческого, административно-хозяйственного, вспомогательного и иного персонала, не принимающего непосредственное участие в оказании государственной услуги), определяются исходя из количества единиц по штатному расписанию, утвержденному руководителем медицинской организации, с учетом действующей системы оплаты труда.

158.15. Затраты на амортизацию оборудования, непосредственно не используемого при оказании медицинской помощи (медицинской услуги), определяются исходя из балансовой стоимости оборудования и годовой нормы его износа. Затраты на амортизацию оборудования стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу определяются в случае, если указанные расходы включены в территориальную программу обязательного медицинского страхования.

158.16. Распределение затрат, необходимых для деятельности медицинской организации в целом, по отдельным видам медицинской помощи (медицинским услугам) рекомендуется осуществлять одним из следующих способов:

- пропорционально фонду оплаты труда основного персонала, непосредственно участвующего в оказании медицинской помощи (медицинской услуги);

- пропорционально объему оказываемых медицинских услуг в случае, если медицинские услуги, оказываемые медицинской организацией, имеют одинаковую единицу измерения объема услуг, либо могут быть приведены в сопоставимый вид (например, если одно обращение в среднем включает в себя 2,9 посещения, то обращение может быть переведено в посещение путем умножения на 2,9);

- пропорционально площади, используемой для оказания каждого вида медицинской помощи (медицинской услуги) (при возможности распределения общего объема площадей медицинской организации между оказываемыми видами медицинской помощи (медицинскими услугами));

- путем отнесения всего объема затрат, необходимых для деятельности медицинской организации в целом, на один вид медицинской помощи (медицинской услуги), выделенный(ой) в качестве основного(ой) вида медицинской помощи (медицинской услуги) для медицинской организации;

- пропорционально иному выбранному показателю.».

8. Пункты 159-164 исключить.

9. Пункт 165 изложить в следующей редакции:

«165. Расчет стоимости медицинской помощи (медицинской услуги) производится по таблице.

Таблица
Расчет стоимости медицинской помощи (медицинской услуги)

(наименование медицинской услуги)		
№ п/п	Наименование статей затрат	Сумма (руб.)
1.1.	Затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда персонала, принимающего непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги)	
1.2.	Затраты на приобретение материальных запасов, потребляемых в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги)	
1.3.1	Сумма начисленной амортизации оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу, используемого при оказании медицинской помощи (медицинской услуги)	
1.3.2	Сумма начисленной амортизации оборудования стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу, используемого при оказании медицинской помощи (медицинской услуги) *	
1.4.	Иные затраты, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги)	
	Итого затрат, непосредственно связанных с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги)	
2.1.	Затраты на коммунальные услуги	
2.2.	Затраты на содержание объектов недвижимого имущества	
2.3.	Затраты на содержание объектов движимого имущества	

№ п/п	Наименование статей затрат	Сумма (руб.)
2.4.	Затраты на приобретение услуг связи	
2.5.	Затраты на приобретение транспортных услуг	
2.6.	Затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников медицинской организации, которые не принимают непосредственного участия в оказании медицинской помощи (медицинской услуги)	
2.7.1	Сумма начисленной амортизации оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу, непосредственно не используемого при оказании медицинской помощи (медицинской услуги)	
2.7.2	Сумма начисленной амортизации зданий, сооружений и других основных фондов, включая оборудование стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу, непосредственно не связанных с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги)*	
2.8.	Прочие затраты на общехозяйственные нужды	
	Итого затрат, необходимых для обеспечения деятельности медицинской организации в целом	
	Стоимость медицинской помощи (медицинской услуги)	

* Заполняется в случае, если указанные расходы включены в территориальную программу обязательного медицинского страхования.».

10. Пункт 166 дополнить абзацем вторым следующего содержания:

«При расчете стоимости пролеченного больного с применением способа оплаты по клинко-статистическим группам учитываются затратоемкость по клинко-статистическим группам, количество профильных госпитализаций и применение современных эффективных технологий, стимулирование медицинских организаций, а также медицинских работников (осуществление выплат стимулирующего характера) к внедрению ресурсосберегающих медицинских и организационных технологий, уровень оказания медицинской помощи, сложность лечения пациентов.».

11. Дополнить главой XV следующего содержания:

«XV. Порядок информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями

199. Страховая медицинская организация осуществляет получение и обобщение информации, представляемой ежедневно не позднее 09.00 часов местного времени медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях:

- о выполнении объемов медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы по случаям госпитализации в разрезе профилей медицинской помощи, оказание которой предусмотрено лицензией медицинской организации, лицам, застрахованным в данной страховой медицинской организации;
- о числе застрахованных лиц, госпитализированных в медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в стационарных условиях (в том числе по типам медицинских организаций, направивших застрахованное лицо на госпитализацию), выбравших медицинскую организацию и получивших направление на госпитализацию, выбывших из медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, и в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация.

200. Страховая медицинская организация на основании информации, доступ к которой предоставлен территориальным фондом, переданных медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в стационарных условиях, с которыми у нее заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, обобщает и ведет учет по состоянию на 09.00 часов дня передачи информации по каждой медицинской организации:

- выполненных объемов медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в разрезе профилей (кодов) отделений по всем медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в стационарных условиях, с которыми у нее заключены договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;
- наличия числа свободных мест на госпитализацию в разрезе отделений (кодов) по каждой медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, с которыми у нее заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;
- числа застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в стационарных условиях и получивших направление на оказание в плановой и неотложной форме специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, по каждой медицинской организации, с которыми у нее заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

- числа застрахованных лиц, госпитализированных в медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в стационарных условиях (в том числе по типам медицинских организаций, направивших застрахованное лицо на госпитализацию), выбывших из медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, а также в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация, не позднее 1 дня с даты плановой госпитализации.

201. Страховая медицинская организация ежедневно не позднее 10.00 часов местного времени информирует лицо, уполномоченное руководителем медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, на взаимодействие со страховой медицинской организацией по вопросам госпитализации (далее – уполномоченное лицо):

- о наличии объемов медицинской помощи и числа свободных мест для госпитализации в плановой и экстренной форме в разрезе отделений (кодов) по каждой медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, с которыми у нее заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

- о госпитализированных застрахованных лицах в плановой и экстренной форме.

202. В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 мая 2012 г., регистрационный № 24278) и приказом Минздрава России от 21.12.2012 г. № 1342н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 марта 2013 г. № 27617) при выдаче направления на плановую госпитализацию лечащий врач обязан информировать застрахованное лицо или его законного представителя о медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы, в которых возможно оказание специализированной медицинской помощи с учетом сроков ожидания указанного вида медицинской помощи, установленных территориальной программой.

Для информирования застрахованного лица или его законного представителя лечащий врач обращается к уполномоченному лицу.

203. На основании информации, указанной в пункте 202 настоящих Правил, застрахованное лицо или его законный представитель осуществляет выбор медицинской организации, в которую он должен быть направлен для оказания специализированной медицинской помощи.

204. Страховая медицинская организация ежедневно не позднее 10.00 часов местного времени на основании сведений медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, поступающей ежедневно не позднее 09.00 часов местного времени дня о застрахованных лицах в данной страховой медицинской организации, получивших направление для оказания в плановой форме специализированной медицинской помощи в стационарных условиях с указанием, в том числе сроков госпитализации, по состоянию на 20.00 часов предшествующего дня, информирует медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях.

205. Страховая медицинская организация передает данную информацию в территориальный фонд и медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, не позднее 1 дня с даты получения информации от медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях.

206. Страховая медицинская организация в случае отказа застрахованного лица или его законного представителя от госпитализации на основе информации, поступающей от медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях при регистрации отказа в медицинской карте амбулаторного больного и анализа причин неявки застрахованного лица на плановую госпитализацию, при необходимости, обеспечивает организацию госпитализации застрахованного лица с учетом его выбора медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь.

207. Страховая медицинская организация ежемесячно до 20 числа месяца, следующего за отчетным, и до 1 марта года, следующего за отчетным, представляет отчет об информационном сопровождении застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи в территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

208. Обмен информацией между медицинскими организациями, страховой медицинской организацией и территориальным фондом осуществляется в электронной форме с соблюдением требований по защите конфиденциальной информации.

209. Страховая медицинская организация обеспечивает мониторинг сопровождения застрахованных лиц, получивших направление на госпитализацию, а также контроль за своевременностью госпитализации.».



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

П Р И К А З

от 19 декабря 2013 г. № 256

МОСКВА

О КОМИССИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ ВОПРОСОВ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ РАБОТНИКАМ ЕДИНОВРЕМЕННОЙ СУБСИДИИ НА ПРИОБРЕТЕНИЕ ЖИЛОГО ПОМЕЩЕНИЯ НА 2014 ГОД

В целях обеспечения социальной защиты и предоставления работникам Федерального фонда обязательного медицинского страхования единовременной субсидии на приобретение жилого помещения **п р и к а з ы в а ю:**

Утвердить Положение о Комиссии Федерального фонда обязательного медицинского страхования для рассмотрения вопросов предоставления работникам единовременной субсидии на приобретение жилого помещения на 2014 год (Приложение).

Председатель
Н.Н. Стадченко

ПОЛОЖЕНИЕ

О КОМИССИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ ВОПРОСОВ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ РАБОТНИКАМ ЕДИНОВРЕМЕННОЙ СУБСИДИИ НА ПРИОБРЕТЕНИЕ ЖИЛОГО ПОМЕЩЕНИЯ НА 2014 ГОД

1. Комиссия для рассмотрения вопросов предоставления работникам единовременной субсидии (далее – Комиссия) на приобретение жилого помещения является постоянно действующим коллегиальным органом.

2. В своей деятельности Комиссия руководствуется федеральными законами, указами Президента Российской Федерации, постановлениями Правительства Российской Федерации, в частности, Уставом Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации 29 июля 1998 года № 857*, приказами Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

3. Число членов Комиссии, включая председателя, заместителя (заместителей) председателя, секретаря и заместителя секретаря должно быть нечетным.

4. Председателем Комиссии является председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

5. Состав Комиссии формируется таким образом, чтобы была исключена возможность возникновения конфликтов интересов, которые могли бы повлиять на принимаемые Комиссией решения.

6. Комиссия осуществляет следующие функции:

- а) проверяет сведения, содержащиеся в документах, представленных работником;
- б) обеспечивает учет и снятие с учета работников для получения единовременной субсидии;
- в) ведет книгу учета работников для получения единовременной субсидии;
- г) на основании представления непосредственного руководителя работника вносит Председателю Комиссии предложение об увеличении размера единовременной субсидии работнику (персонально) за безупречную и эффективную работу;

д) представляет председателю Комиссии проект приказа о постановке на учет и снятия с учета работника.

7. Председатель Комиссии:

- а) осуществляет общее руководство Комиссией;
- б) определяет дату и время проведения заседания Комиссии;
- в) дает поручения членам Комиссии, связанные с ее деятельностью;
- г) председательствует на заседаниях Комиссии, а в случае отсутствия возлагает свои функции на заместителя председателя в установленном порядке;

д) подписывает протокол заседания Комиссии.

8. Секретарь Комиссии:

- а) осуществляет прием заявлений работников и прилагаемых к нему документов;
- б) ведет журнал регистрации заявлений работников и прилагаемых к нему документов с указанием времени и даты их приема;

в) обеспечивает участие членов Комиссии в заседании;

г) ведет и подписывает протокол заседания Комиссии;

д) готовит проекты решений и оформляет протоколы заседаний Комиссии;

е) доводит принятые Комиссией решения до сведения работников;

ж) ведет делопроизводство Комиссии;

з) заносит сведения о работнике, состоящем на учете для получения единовременной субсидии в книгу учета работников Федерального фонда обязательного медицинского страхования, для получения единовременной субсидии (Приложение к Положению) в порядке очередности подачи заявлений.

9. Заседание Комиссии считается правомочным, если в нем принимает участие не менее двух третей ее членов.

10. Решение Комиссии принимается открытым голосованием простым большинством голосов и оформляется протоколом Комиссии за подписью председателя Комиссии и секретаря Комиссии. Мнение председателя Комиссии при равенстве голосов членов Комиссии является решающим.

11. Итоги заседания Комиссии оформляется протоколом.

* (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 32, ст. 3902; 2004, № 51, ст. 5206; 2007, № 1, ст. 309; 2008, № 44, ст. 5087; 2009, № 26, ст. 3185; 2012, № 34, ст. 4749; 2013, № 6, ст. 559).

**Приложение
к Положению о Комиссии Федерального
фонда обязательного медицинского
страхования для рассмотрения
вопросов предоставления работникам
единовременной субсидии на
приобретение жилого помещения на 2014 год**

КНИГА УЧЕТА

Начата _____ 20 ____ г.
Окончена _____ 20 ____ г.

Ф.И.О. работника	Члены семьи, проживающие совместно с работником (Ф.И.О., степень родства)	Стаж работы в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования	Год, месяц, число постановки на учет (номер, дата документа)	Жилищные условия			Решение о предоставлении единовременной субсидии (номер, дата документа)	Размер единовременной субсидии (тыс. рублей)	Отметка о перечислении единовременной субсидии	Дата снятия с учета (номер и дата документа)
				Обеспеченность общей площадью по месту регистрации (всего)	на одного члена семьи	наличие в собственности других жилых помещений, кроме тех, где зарегистрирован				

I. Рукопись

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

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

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

В работе необходимо указать:

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

- инициалы и фамилии авторов;
- название организации, где выполнена работа; город.

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

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

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

II. Содержание

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

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

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

III. Ссылки

Пристайный 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 пристайном 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